

Comprendre le développement des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme et fournir des pistes d'intervention en art-thérapie : une exploration théorique reposant sur la théorie de l'attachement.

Mia Hébert

Un travail de recherche

présenté

Au département

des

Thérapies par les arts

Comme exigence partielle en vue de l'obtention

du grade de Maîtrise en thérapies par les arts Option art-thérapie

Université Concordia

Montréal, Québec, Canada

Septembre 2015

© Mia Hébert, 2015

UNIVERSITÉ CONCORDIA

École des études supérieures

Ce travail de recherche rédigé

Par: Mia Hébert

Intitulé: Comprendre le développement des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme et fournir des pistes d'intervention en art-thérapie : une exploration théorique reposant sur la théorie de l'attachement.

et déposé à titre d'exigence partielle en vue de l'obtention du grade de

Maîtrise ès Arts (Thérapies par les arts, Option art-thérapie)

est conforme aux règlements de l'Université et satisfait aux normes établies pour ce qui est de l'originalité et de la qualité tel qu'approuvé par le directeur de recherche.

Directrice de recherche :

Josée Leclerc, PhD, ATR-BC, ATPQ

Directrice du département :

Yehudit Silverman, MA, R-DMT, RDT

Septembre, 2015

RÉSUMÉ

Comprendre le développement des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme et fournir des pistes d'intervention en art-thérapie : une exploration théorique reposant sur la théorie de l'attachement.

Mia Hébert

Se basant sur des travaux écrits entre 1969 et 2015, ce travail de recherche porte sur l'exploration du potentiel de la théorie de l'attachement pour comprendre le développement des problèmes de toxicomanie et fournir des pistes d'interventions en art-thérapie auprès d'une population adulte ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme. Le premier chapitre présente la définition de la toxicomanie et de l'alcoolisme selon la théorie de l'auto-médicamentation de Khantzian de même que la théorie de l'attachement (entre autres, Bowlby, Ainsworth, Schore, Bartholomew & Horowitzh) tout en explorant les liens potentiels entre ces deux théories. La méthodologie de cette recherche est définie au deuxième chapitre. Dans le troisième chapitre, les pratiques en art-thérapie, plus particulièrement celles qui concernent l'art-thérapie, l'attachement, la toxicomanie et l'alcoolisme sont abordées. À la fin du chapitre, une section est dédiée à l'explication de l'approche du Continuum de Thérapies Expressives (CTE), une approche en art-thérapie, qui sera l'angle théorique adopté pour la discussion du chapitre suivant. Le quatrième chapitre vise, dans un premier temps, à fournir des pistes d'interventions en ce qui concerne le CTE, l'attachement et la régulation affective ainsi que le CTE, la toxicomanie et l'alcoolisme. Dans un deuxième temps, des pistes d'intervention en art-thérapie (CTE) reposant sur une approche basée sur l'attachement auprès d'adultes ayant des problèmes de toxicomanie seront définies. Ce chapitre aborde, plus particulièrement, le rôle de l'art-thérapeute, les matériaux à privilégier et les thèmes à proposer dans un contexte art-thérapeutique.

Mots-clés : Attachement, Traumatisme, Régulation affective, Syntonie affective, Toxicomanie, Développement de la toxicomanie, Étiologie de la toxicomanie, Alcoolisme, Addiction, Dépendance, Art-thérapie, Art-thérapeute, Matériaux d'arts, Continuum de Thérapies Expressives

Table des matières

INTRODUCTION.....	8
CHAPITRE I : CADRE CONCEPTUEL.....	12
1. Attachement.....	12
2. Toxicomanie et alcoolisme : l'hypothèse de l'auto-médicamentation.....	14
3. Attachement, toxicomanie et alcoolisme.....	15
4. La substance de choix.....	17
4.1 Les opiacés.....	18
4.2 Les stimulants.....	18
4.3 L'alcool.....	18
5. Attachement chez l'adulte : régulation affective, toxicomanie et alcoolisme.....	19
5.1 Attachement sécurisé.....	19
5.2 Attachement insécurisé : le stress comme variable commune.....	19
5.3 Attachement insécurisé de type évitant.....	20
5.4 Attachement insécurisé de type préoccupé.....	21
5.5 Attachement de type désorganisé.....	21
CHAPITRE 2: MÉTHODOLOGIE.....	22
1. Justification de la méthodologie.....	22
2. Considérations éthiques, collecte et analyse des données.....	23
CHAPITRE 3: ART-THERAPIE, ATTACHEMENT ET TOXICOMANIE.....	24
1. Art-thérapie et attachement.....	25
1.1 Art-thérapeute, attachement et régulation affective.....	27
2. Art-thérapie, attachement et toxicomanie.....	30
3. Continuum de Thérapies Expressives (CTE).....	31
3.1 CTE : les dimensions.....	32
3.2 CTE : l'évaluation.....	34
3.3 CTE : les matériaux.....	34

CHAPITRE 4: PISTES D'INTERVENTION EN ART-THERAPIE.....	36
1. Continuum de Thérapies Expressives, attachement et régulation affective.....	36
1.1 CTE et attachement.....	36
1.2 CTE et régulation affective.....	37
2. Continuum de Thérapies Expressives, toxicomanie et alcoolisme.....	39
3. Approche intégrative de l'attachement et du CTE (ACTE).....	42
3.1 Le 'A' de l'ACTE : l'attachement et la relation thérapeutique.....	43
3.2 Le 'CTE' de l'ACTE : les dimensions, les matériaux et les thèmes.....	45
CONCLUSION.....	48
RÉFÉRENCES.....	50

“Addictions are “false mothers” as they frequently try to convince the addict that they can take care of them: fill the inner emptiness or stop the pain” (Lewis, 2000, p. 264).

Comprendre le développement des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme et fournir des pistes d'intervention en art-thérapie : une exploration théorique reposant sur la théorie de l'attachement.

Introduction

C'est avec un sentiment de gratitude que j'écris cette recherche qui a été grandement influencée par ma pratique en tant qu'art-thérapeute stagiaire auprès d'une centaine d'hommes adultes ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme dans un contexte de groupe ouvert. Je me sens honorée d'avoir travaillé avec ces hommes ayant souvent vécu de grandes épreuves et des traumatismes importants à l'enfance ou au cours de leur vie.

En art-thérapie, j'ai eu la chance d'être témoin d'aspects du monde intérieur des individus auprès desquels j'ai travaillé grâce à l'image tangible produite en séance avec des matériaux d'art. À travers les images, j'ai été témoin de leurs blessures, de leurs « démons » et des masques qu'ils se sentent souvent obligés de porter. À titre d'exemple, lors d'une des séances et en parlant de sa production artistique, un des participants du groupe a dit : « La toxicomanie, c'est la maladie du manque d'amour ». À ce moment-là, j'ai compris que la drogue ou l'alcool sont souvent une tentative pour tenter d'atténuer une douleur émotionnelle profonde.

Les différents partages au fil des semaines et les productions artistiques créées en séances, m'ont poussé au questionnement suivant : Devrait-on regarder du côté de l'attachement pour venir en aide aux individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme ? Suite à cette interrogation, je suis devenue de plus en plus consciente que plusieurs, sinon la majorité, semblaient avoir un type d'attachement insécurisé.

J'aimerais maintenant mettre en contexte l'ampleur de la problématique étudiée dans cette recherche et dresser un bref portrait des pratiques actuelles dans le domaine de l'intervention en toxicomanie. Selon l'Institut de la Statistique du Québec (ISQ) (2008) il y a plus d'hommes que de femmes qui consomment et ce, toute substance illicite confondue. 1,8% des Québécois présentaient, en 2008, un diagnostic d'alcoolisme (ISQ, 2008). Les individus présentant ce problème ont affirmé que leur consommation avait des conséquences sérieuses sur leur vie dont, entre autres, des problèmes de santé physique et relationnels en plus de faire d'eux la cible de stigmatisation ou de discrimination (ISQ, 2008).

En ce qui a trait aux pratiques en intervention, j'ai constaté que l'approche des 12 étapes est le traitement priorisé au Québec qui stipule que l'individu est aux prises avec une maladie,

qu'il est impuissant devant cette dernière et qu'il doit s'en remettre à une puissance supérieure. Plusieurs auteurs comme Hinz (2009b) soulignent l'importance d'un traitement individualisé, car ce traitement *one size fit all* peut contribuer à un haut taux de rechute de cette population. Selon McHugh, Hearon et Otto (dans Fletcher, Nutton & Brend, 2014), les traitements en toxicomanie en Amérique du Nord suivent une approche à court terme basée sur les symptômes comme l'approche cognitivo-comportementale ou l'entretien motivationnel. Fletcher et coll. (2014) ont souligné l'importance de trouver d'autres avenues pour les traitements en toxicomanie comme une approche relationnelle basée sur l'attachement : "High relapse rates, despite the inundation of cognitive and behaviorally-focused programs, merit the testing of a more relationally-based theory like attachment theory" (p. 111).

Plusieurs raisons portent à croire qu'une approche fondée sur la théorie de l'attachement pourrait être bénéfique pour cette population. À juste titre, plusieurs articles tentent d'explorer l'utilisation potentielle de la théorie de l'attachement en intervention. Par exemple, une publication récente d'un regroupement d'auteurs paru en 2014 intitulée *Addictions From an Attachment Perspective: Do Broken Bonds and Early Trauma Lead to Addictive Behaviours?* explore différents liens possibles entre l'attachement et la toxicomanie.

Dans l'article *Attachment, A Matter of Substance: The Potential of Attachment Theory in the Treatment of Addictions* Fletcher et coll. (2014) soulignent qu'un corpus croissant de recherches a établi que des expériences à la petite enfance traumatisantes et des attachements insécurisés sont des facteurs de risque tant indépendants qu'interreliés pour développer un problème de toxicomanie. Selon ces auteurs, il faut considérer l'impact de l'attachement à l'enfance sur la consommation de drogue et d'alcool, car c'est une approche de traitement moins stigmatisante. Cette approche va explorer les différents processus émotionnels sous-jacents à la dépendance en opposition à la prescription d'interventions comportementales.

Voici donc un aperçu du contexte théorique qui entoure cette recherche. Plusieurs études montrent que les individus ayant des problèmes de toxicomanie ont, pour la plupart, un attachement de type insécurisé. Selon Flores (2004), les individus qui présentent un attachement insécurisé se tournent plus vers les substances, entre autres, dans le but de substituer l'intimité relationnelle manquante. Khantzian (2014) affirme que lorsque la régulation affective faite par la figure d'attachement est défaillante, elle ne permet pas à l'individu de s'auto-réguler plus tard dans la vie ce qui le mène vers les substances. À chaque substance sa particularité, et par

conséquent, sa manière de réguler. Cela explique pourquoi chaque individu a une drogue de choix. En entrant dans le monde de la consommation, l'individu *s'attache* à la drogue, laissant souvent de côté ses relations (Flores, 2004 ; Khantzian, 2014). Ces dernières sont souvent perturbées par la consommation de substances, laissant l'individu dans un isolement (Wilson, 2003) et sans moyen d'auto-régulation autre que la substance (Khantzian, 2014). La consommation devient un cercle vicieux, car la drogue en soi dysrégule l'individu et ce dernier consomme afin de se réguler à nouveau (Padykula & Conklin, 2009)

Le but est d'amener l'individu consommant des substances psychotropes ou de l'alcool à rechercher du support, élément crucial du rétablissement selon Francis, Kaiser et Deaver (2003), et à acquérir une capacité d'auto-régulation pour que ces substances ne deviennent plus nécessaires. C'est dans cette optique que je propose l'art-thérapie.

L'art-thérapie est une méthode qui a été longtemps utilisée auprès de cette population et qui compte divers avantages, dont le plus important est de proposer un mode de communication non-verbal qui peut favoriser l'expression de matériel issu de la mémoire implicite (sensorielle) là où seraient encodées les expériences émotionnelles précoces non-verbales liées à l'attachement primaire entre la mère et l'enfant (Malchiodi, 2003a).

Shore (2014) rapporte les propos d'Allan Schore, théoricien moderne de l'attachement, qui mentionnait lors d'une conférence qu'utiliser le langage pour communiquer des expériences non-verbales peut s'avérer difficile et c'est pourquoi une approche en partie non-verbale comme l'art-thérapie pourrait aider à traiter les problèmes affectifs liés à l'attachement de manière efficace. Le Continuum de Thérapies Expressives (CTE) (Kagin & Lusebrink, 1978; Hinz, 2009a) est une méthode qui peut être utilisée en art-thérapie et c'est celle qui sera étudiée dans ce travail afin de fournir des pistes d'intervention pour l'art-thérapeute, à savoir quelles questions poser au client et quels matériaux lui proposer dans le but de réguler ses affects et de travailler les problématiques d'attachement, tout en ayant un rationnel clair derrière ses interventions. Le CTE ne définit pas le savoir-être du thérapeute et les mécanismes sous-jacents à la relation thérapeutique, ni comment se forme et se maintient l'alliance thérapeutique entre le thérapeute et le client. Pourtant, ces dimensions sont essentielles en thérapie auprès des individus ayant des problèmes de toxicomanie, vu leur problème d'attachement et leurs abandons fréquents des traitements. C'est donc pour cela qu'une approche basée sur l'attachement qui décrit bien le savoir-être et les mécanismes derrière la relation thérapeutique jumelée avec le CTE viendrait

créer une approche intégrative nouvelle pour venir en aide aux individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Cette recherche a donc pour but de faire des liens entre plusieurs concepts existants afin de combler un besoin de savoir pratique auprès de cette population en art-thérapie. Elle s'adresse aux art-thérapeutes professionnels oeuvrant dans le domaine de la toxicomanie ainsi qu'aux étudiants en art-thérapie. Plusieurs théories seront mises en relation dans cette recherche : la théorie de l'attachement (Bowlby ; Ainsworth ; Schore ; Bartholomew & Horowitzh), la théorie de l'auto-médication (Khantzian) ainsi que le Continuum de Thérapies Expressives (Lusebrink ; Hinz).

De manière plus précise, cette recherche tâche de répondre à la question suivante : Comment la théorie de l'attachement peut-elle permettre de comprendre le développement des problèmes de toxicomanie et de fournir des pistes d'intervention en art-thérapie ? À partir de cette interrogation, deux questions en découlent, à savoir : Comment la théorie de l'attachement informe-t-elle la position clinique et les interventions de l'art-thérapeute qui œuvrent auprès des individus ayant des problèmes de toxicomanie ? Comment les médiums artistiques proposés lors d'interventions en art-thérapie peuvent-ils aider les individus ayant des problèmes de toxicomanie dans leur cheminement ?

Cette recherche est divisée en quatre chapitres. Le premier chapitre présentera le cadre conceptuel et se proposera de définir l'attachement et la toxicomanie et l'alcoolisme. Dans le deuxième chapitre, l'attention sera concentrée sur la méthodologie de recherche scientifique employée. Le troisième chapitre porte sur l'art-thérapie, l'attachement, la toxicomanie et l'alcoolisme ainsi que sur le CTE. Ensuite, dans le quatrième chapitre, je tâcherai de mener une discussion sur les pistes d'intervention pour l'art-thérapeute empruntant une approche basée sur l'attachement auprès d'une population ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme.

Chapitre I: Cadre conceptuel

1. Attachement

L'attachement est une théorie du domaine de la psychologie qui stipule que dès la naissance, l'enfant présente un système de comportement particulier qui se décrit comme une recherche de proximité d'une figure préférée (Bowlby, 1988). Selon Arrington (2007), il s'agit en effet d'un « lien profond et durable établi entre un enfant et la personne qui lui donne des soins physiques (la mère) dans les premières années de vie ». C'est aussi un « besoin de base enraciné dans l'existence humaine » (p. 33; traduit de l'anglais). Cet attachement est encodé à travers le corps dans la mémoire implicite - ou mémoire sensorielle - (Arrington, 2007) et il est gravé de manière durable dans « les circuits limbiques en développement » (Schore, 2008, p. 337).

Dans le cadre de différentes recherches en psychologie, il existe différents types d'attachement donnant un socle aux notions de base et développant différentes théories : attachement sécurisé, attachement insécurisé et attachements chez l'adulte. Ces différents types d'interactions qui peuvent être interprétés comme des situations particulières du comportement d'attachement seront développés ci-bas.

Dans l'attachement sécurisé la figure d'attachement est, de manière générale, affectueuse et réceptive, et est utilisée comme une base de sécurité (concept à l'origine développé par Ainsworth en 1967) ce qui permet à l'enfant d'explorer son environnement tout en sachant qu'il peut trouver assistance et réconfort lorsqu'il en a besoin (Bowlby, 1988). En parlant de la base de sécurité, Tereno, Soares, Martins, Sampaio et Carlson (2007) affirment que « La perception intérieure d'une relation sécurisée avec la figure d'attachement fonctionne comme un ancrage qui permet au bébé d'activer son système d'exploration » (p. 157). La présence sécurisante joue un rôle important dans l'équilibre émotionnel de l'enfant (Bowlby, 1988), car elle permet à la fois la diminution de l'anxiété vécue et d'augmenter le sentiment de sécurité intérieure (Hill, 2009, p. 197) et offre une protection contre les possibles traumatismes (Van Der Kolk, 1996).

La figure d'attachement joue aussi un rôle régulateur au plan affectif (Schore, 2008). Selon ce même auteur, le phénomène de syntonie affective qui est canalisé par l'échange de regards et qui se décrit comme une réponse comportementale adaptée de la figure face au vécu de l'enfant permet de rétablir l'homéostasie émotionnelle de ce dernier (Schore, 2008). Cet auteur ajoute que c'est la communication implicite entre la figure et l'enfant qui va aider ce dernier à s'autoréguler et que la croissance massive de l'hémisphère droit du cerveau dans les premières

années de vie a comme effet le développement des capacités d'auto-régulation chez l'enfant. Dans le même ordre d'idée, les réponses affectives congruentes de la part de la figure d'attachement jettent les bases pour l'identification des émotions ainsi que l'habileté à recourir à des stratégies d'auto-régulation internes et externes plus tard dans la vie (Padykula & Conklin, 2009, p. 357). Gross (dans Gergely, Fonagy, Jurist & Target, 2002) stipule que les stratégies d'auto-régulation sont des processus importants qui guident l'individu dans comment il se sent, comment il vit et exprime ses émotions. Plus particulièrement, selon Elliot, Watson, Glodman & Greenberg (2004), Kennedy-Moore & Watson (1999) et Watson et Prosser (2004) (dans Rodrigues, 2010) la notion de régulation affective est liée à la capacité à prendre conscience des changements du corps lors d'émotions, à les nommer, à les symboliser, à les accepter, à les moduler et à réfléchir à propos de celles-ci.

Les attachements insécurisés, fuyants et ambivalents (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978) ainsi que désorganisé (Main & Solomon, 1986), quant à eux, sont caractérisés par des problèmes au plan de l'auto-régulation affective (Schore, 2008) et par l'exacerbation de la sensibilité aux affects négatifs (Flores, 2004). Ce dernier auteur propose que ces difficultés émotionnelles s'expliquent par les changements cérébraux causés par les interactions avec la figure d'attachement. Pour certains individus un attachement insécurisé peut même être vécu comme un traumatisme. À juste titre Pearlman et Courtois (2005), signalent “ [...] seriously disrupted attachment without repair or intervention for the child can, in and of itself, be traumatic, as the child is left psychologically alone to cope with his or her heightened and dysregulated emotional states, thus creating additional trauma ” (p. 451).

Bowlby (1988) affirme que l'attachement, qu'il soit sécurisé ou insécurisé est présent et actif tout au long de la vie. Sa théorie stipule que l'attachement initial crée le modèle relationnel interne opérant, un schème mental qui permet à l'individu de réutiliser son modèle d'attachement dans ses relations subséquentes (Bowlby, 1988). Schore (2001) propose l'idée que c'est dans la mémoire implicite que réside le modèle relationnel interne opérant.

Bartholomew et Horowitz (1991) ont défini divers types d'attachement à l'âge adulte, à savoir : sécurisé, insécurisé-évitant (*fearful*), insécurisé-préoccupé et insécurisé-craintif (*dismissing*). Ces différents types d'attachement correspondent aux types d'attachement présents à l'enfance : sécurisé, insécurisé-fuyant (évitant), insécurisé-ambivalent, insécurisé-désorganisé.

La perception de soi des individus et de leurs relations ainsi que leur manière de réguler leurs émotions découle de l'interaction avec leur figure d'attachement à l'enfance.

Selon Karen (dans Francis et coll., 2003), l'individu ayant un attachement sécurisé a « une vision positive de lui-même et des autres » (p. 127; traduit de l'anglais), il est généralement heureux et confiant dans ses relations. Ce type d'attachement est associé à un modèle relationnel interne opérant sécurisé qui mène à une méthode de régulation affective adaptée caractérisée par une ouverture au plan affectif (Caspers, Yucuis, Troutman & Spinks, 2006).

Puisque ses besoins n'ont pas été comblés adéquatement, l'individu présentant un attachement évitant à l'âge adulte a développé une « perception négative de lui-même et des autres » (Karen, 1998, p. 127; traduit de l'anglais). En ce sens, il se sent peu confiant dans ses relations et a tendance à se priver elle-même d'une connexion avec son vécu intérieur: il tente de réprimer l'anxiété relationnelle vécue et d'ignorer ses besoins affectifs (Karen, 1998).

Selon Karen (1998), la personne ayant un attachement préoccupé à l'âge adulte a une « vision négative d'elle-même et une vision positive d'autrui » (p. 127; traduit de l'anglais) et croit qu'elle ne mérite pas l'amour des autres, ce qui a comme impact a une grande peur d'être abandonné (Karen, 1998) et une anxiété fréquente dans ses relations (Caspers et coll., 2006). N'ayant pas eu de figure d'attachement à l'enfance qui l'a régulé affectivement de manière efficace, ce type d'attachement a tendance à utiliser des méthodes de régulation affective inadaptées (Caspers et coll., 2006).

Dans le type d'attachement craintif, le sujet a une « vision positive de lui-même et négative des autres, il valorise l'indépendance, [...] évite les émotions et utilise des défenses dans le but d'échapper au sentiment d'abandon et d'indignité » (Karen, 1998, p. 217; traduit de l'anglais) et ont de la difficulté à reconnaître leurs états émotionnels et à tolérer la détresse (Caspers et coll., 2006).

2. Toxicomanie et alcoolisme : L'hypothèse de l'auto-médicamentation

Pour le présent travail, l'angle théorique que je vais adopter est celui de l'hypothèse de l'auto-médicamentation (de l'anglais *Self-Medication Hypothesis*) développée par Khantzian, Mack et Schatzberg en 1974 qui postule qu'un individu ayant un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme, utiliserait les substances dans le but de s'auto-réguler. D'autres auteurs ont également appuyé cette hypothèse (on pense notamment aux travaux de van der Kolk, 1996; Taylor, Bagby & Parker, 1999; Orford, 2001; McNally, Palfai, Levine & Moore, 2003; Flores,

2004; Caspers et coll., 2006; Padykula & Conklin., 2009; Maté, 2010; Savov & Atanassov, 2013; Dorard, Bungener & Berthoz, 2013, pour n'en nommer que quelques-uns).

L'hypothèse de l'auto-médicamentation est formulée dans le cadre d'une approche psychodynamique et prend racine dans une tradition humaniste. En ce sens, cette approche empreinte d'empathie a pour but de sensibiliser la société à la détresse psychologique que vivent ces personnes dans un de diminuer le mépris et la stigmatisation dont ils sont la cible (Khantzian, 2013).

Une des propositions de cette hypothèse signale que la substance est utilisée dans le but de se libérer d'une douleur psychique et d'avoir du contrôle face aux affects plutôt qu'une recherche de plaisir (Khantzian, 2003). Elle se produit dans un « contexte de difficulté au plan de la régulation affective, de l'estime de soi, des relations et des soins personnels » (Khantzian, 1997, p. 231; traduit de l'anglais). Selon ce même auteur, les résultats de plusieurs études qui avaient pour but d'évaluer la détresse psychologique subjective ont démontré que cette dernière est un élément décisif en ce qui concerne « l'utilisation de drogues ou d'alcool, la dépendance et la rechute » (Khantzian, 1997, p. 231; traduit de l'anglais). Khantzian explique que l'individu ayant un problème de toxicomanie souffre de manière extrême émotionnellement, car il se sent soit submergé ou coupé de ses émotions douloureuses. Par ailleurs, Maté (2010) indique que la toxicomanie et l'alcoolisme ont pour origine la douleur psychologique et que les substances ont la fonction d'anesthésier les émotions ; par exemple, l'héroïne et la cocaïne sont deux analgésiques (*painkiller*) puissants qui atténuent la détresse (p. 36).

C'est pourquoi les auteurs s'accordent à dire qu'une substance spécifique (ou une classe de substances) a la particularité de réguler une gamme d'émotions particulières et que, les individus ont généralement une substance de choix (*drug-of-choice*, terme originellement suggéré par Weider & Kaplan, 1969). Malheureusement, à l'instar de l'effet désiré, les substances addictives dysrégulent l'individu davantage (Padykula & Conklin, 2009).

3. Attachement, toxicomanie et alcoolisme

Beaucoup de recherches ont reporté de manière répétée un lien entre l'attachement insécurisé et les problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme (Brennan & Shaver 1995 ; Ball & Legow, 1996; Cooper, Shaver & Collins, 1998; Caspers, Cadoret, Langbehn, Yucuis & Troutman, 2001; Francis et coll., 2003; Sachs, 2003; McNally et coll., 2003; Sirianni Molnar, 2004; Flores, 2004; Vungkhanching, Sher, Jackson & Parra, 2004; Kotov, 2006 ; Doumas, Blasey

& Mitchell, 2007; Thorberg & Lyvers, 2006; Ekamparam 2008; Thorberg & Lyvers, 2010; Gill, 2014). L'étude de Thorberg et Lyvers (2006) a démontré que les individus en traitement pour une dépendance aux substances ou à l'alcool ont, comparativement au groupe contrôle, « un plus haut taux d'attachement insécurisé, une plus grande peur de l'intimité et un plus faible taux d'attachement sécurisé » (p. 464; traduit de l'anglais). Selon les résultats de l'étude menée par Francis et coll. (2003), 18,6 % des individus ayant un problème de toxicomanie avaient un attachement sécurisé comparativement à 63 % dans le groupe contrôle. Iglesias, Fernández del Rio, Calafat et Fernández-Hermida (2014) quant à eux, ont fait un recensement des écrits de 1980 à 2010 et ils ont conclu, qu'en général, un attachement sécurisé est un facteur de protection pour la consommation de substances, tandis qu'un attachement insécurisé est un facteur de risque. Pour ces derniers, faire l'expérience de substances est un comportement exploratoire associé à un attachement sécurisé, tandis que la dépendance est associée à un attachement insécurisé.

Il semble qu'il y ait deux liens possibles entre l'attachement insécurisé, la toxicomanie et l'alcoolisme, soit la substitution de la figure d'attachement par une substance et la régulation affective temporaire qu'offre la substance.

Höfler et Kooyman (1996) proposent plusieurs parallèles entre la relation figure d'attachement-enfant et la relation qu'une personne dépendante aux substances a avec celles-ci. La personne ayant des problèmes de toxicomanie, recherche la proximité avec sa drogue de choix tout comme un enfant cherche la proximité à sa figure d'attachement (Höfler & Kooyman, 1996). En ce sens, Ekamparam (2008) propose que, pour ces individus, les drogues et l'alcool peuvent comporter une satisfaction bien plus grande que les expériences d'attachement primaire, puisque cette proximité est possible (p. 33). À juste titre, Höfler et Kooyman soulignent que la drogue ou l'alcool peut induire un sentiment de base de sécurité pour ceux qui n'ont pas eu la chance d'avoir une figure pour jouer ce rôle important. Dans le même ordre d'idées, Ekamparam (2008) explique qu'un « lien émotionnel perturbé ainsi que des réponses parentales incohérentes ne permettent pas la construction d'une base solide, ce qui fait en sorte que les individus cherchent le réconfort et la sécurité par l'utilisation de substances » (traduit de l'anglais, p. 33). C'est pour cela que Flores (2004) soutient que, pour ces individus, la relation à la substance remplace la relation à la figure d'attachement. Ces individus ont alors une relation avec une substance ce qui leur permet de fuir l'intimité relationnelle vécue comme un danger, de se protéger d'un possible rejet ou d'éviter de dépendre d'autrui (Höfler & Kooyman, 1996). En ce sens, ces individus

consomment les substances pour « désactiver ou moduler les affects douloureux liés à au besoin d'attachement » (Cook dans Ekamparam, 2008, p. 34-35; traduit de l'anglais). Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, Küstner & Eckert (2005) renchérissent ces propositions en soutenant que « les problèmes de consommation peuvent être compris comme une tentative de faire face à un attachement insécurisé, de diminuer la détresse émotionnelle et de réguler les relations interpersonnelles » (traduit de l'anglais, p. 215). En même temps, la consommation est un cercle vicieux, puisqu'elle coupe aussi l'individu de ses relations (Walant, 1995). Finalement, tout comme l'on retrouve dans le comportement d'un enfant privé de sa figure d'attachement, la personne ayant un problème de toxicomanie ou d'alcoolisme protestera et vivra une anxiété de séparation lorsque sevrée de sa substance (Höfler & Kooyman, 1996).

Différentes recherches soutiennent que l'attachement insécurisé est associé à un problème de régulation affective qui mène, entre autres, à des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme (Brennan & Shaver, 1995 ; Caspers et coll., 2001 ; McNally et coll., 2003 ; Flores, 2004 ; Vungkhanching et coll., 2004 ; Caspers et coll., 2006 ; Thorberg & Lyvers, 2010 ; Baumeister & Vonash, 2014). En ce sens, Vungkhanching et coll. (2004) établissent le lien que l'attachement insécurisé mène à un déficit de régulation affective et la substance consommée vient combler cette fonction. En ce sens, Creasey, Kershaw et Boston (1999) ajoutent que les individus ayant un attachement insécurisé n'avaient pas la même assurance en ce qui a trait à leur capacité d'auto-régulation affective comparativement à ceux qui avaient un attachement sécurisé. Flores (2004) vient corroborer cette hypothèse en définissant la toxicomanie et l'alcoolisme comme des désordres de la régulation affective. Ce qu'on entend par là, selon Krystal (dans Savov & Atanassov, 2013) est qu'« un déficit de la régulation affective chez ces personnes englobe la tendance à la régression affective, une incapacité à utiliser l'anxiété comme signal et un niveau de tolérance aux émotions douloureuses détérioré » (p. 3; traduit de l'anglais).

4. La substance de choix

Selon Khantzian (2003), chaque substance est consommée dans le but de réguler une gamme d'émotions particulière. Dans le cas où une drogue de choix n'est pas disponible, les individus la substituent pour une autre ayant des effets similaires. Trois catégories de substances ont été étudiées en lien avec la régulation affective soit les opiacés, les stimulants et l'alcool.

4.1 Les opiacés. Selon l'Encyclopédie Larousse en ligne, un opiacé est connu comme une substance analgésique du système nerveux central (ex. : héroïne, opium, morphine, oxycodone).

Les opiacés atténuent les affects intenses, violents ou explosifs et contrent les effets en fragmentant et désorganisant la colère (*fragmenting and disorganizing effects of rage*) ainsi que l'impact de cette colère sur les relations de l'individu (Khantzian, 2014, p. 35). Selon les résultats d'une étude menée par Suh, Ruffins, Robins, Albanese et Khantzian (2008), « un haut niveau de colère et d'émotions négatives envers soi et les autres prédisent de manière significative l'utilisation de l'héroïne comme drogue de choix » (p. 527; traduit de l'anglais). L'héroïne a une fonction de contenance (*feeling of containment*), induirait « un sentiment de calme et de normalité » (Padykula & Conklin, 2009, p. 357) et peut aider à soulager l'expérience d'un trauma (Khantzian dans Khantzian & coll., 2008). Les opiacés sont consommés pour leur effet modulateur des émotions désagréables (Khantzian, 2013) ainsi que pour faire face « à la détresse émotionnelle, au stress, aux problèmes interpersonnels et à la dysphorie » (Khantzian, Mack & Schatzberg dans Khantzian, 2003, traduit de l'anglais, p. 8).

4.2 Les stimulants. Les stimulants (ex. : cocaïne, amphétamines, tabac) sont souvent convoités par certains individus qui ne ressentent pas leurs émotions (Khantzian, 2003). Selon les résultats d'une recherche menée par Suh et coll. (2008), les individus ayant la cocaïne comme drogue de choix avaient un plus grand désir d'euphorie. Selon Khantzian (1985), la cocaïne a l'attrait de soulager « la dépression, l'hypomanie et à l'hyperactivité » (résumé; traduit de l'anglais). Selon Dodgen et Shea (dans Suh et coll., 2008), la cocaïne peut aussi être utilisée pour « améliorer l'humeur, l'estime de soi [...] et augmenter l'énergie » (p. 519; traduit de l'anglais)

4.3 L'alcool. Khantzian dans Suh et coll. (2008) signale que les individus ayant l'alcool comme drogue de choix l'utilisent afin d'inhiber leurs défenses rigides qui répriment leurs émotions (p. 525). Les résultats de l'étude de Suh et coll. (2008) soutiennent que les individus qui répriment leurs émotions adoptent plus souvent l'alcool comme drogue de choix. Ils ajoutent que le « déni d'affects dépressifs peut être un facteur considérable dans le choix cette substance » (p. 526; traduit de l'anglais). Pour les individus qui se sentent coupés de leur vécu affectif, la consommation d'alcool peut permettre l'accès aux émotions et en faciliter l'expression (Khantzian, 2003). L'alcool crée une illusion de soulagement, car il améliore temporairement les états « d'isolement, de sentiment de vide, d'anxiété et de peur de l'intimité ou de la dépendance relationnelle » (Khantzian, 2014, p. 35; traduit de l'anglais).

5. Attachement chez l'adulte : régulation affective, toxicomanie et alcoolisme

5.1 Attachement sécurisé. Une perception positive de soi et des autres, que l'on retrouve dans l'attachement sécurisé, permet une régulation affective efficiente (Caspers, Cadoret, Langbehn, Yucuis & Troutman, 2001). De plus, une étude menée par Brennan et Shaver (1995) sur un échantillon de 178 personnes a démontré que « consommer de l'alcool pour faire face aux situations (*drinking to cope*) était négativement corrélé avec l'attachement de type sécurisé » (p. 209 ; traduit de l'anglais). Dans le même ordre d'idées, Branstetter, Furman et Cottrell, 2009, dans leur étude longitudinale ont abouti à la conclusion que l'attachement sécurisé chez l'adolescent est associé à un risque plus faible de consommation de drogues que les autres types d'attachement.

5.2 Attachement insécurisé: le stress comme variable commune. Dans l'attachement sécurisé, la syntonie émotionnelle avec le parent vient stimuler la libération d'opioïdes naturels dans le cerveau de l'enfant ce qui promeut le développement de l'attachement et des futurs systèmes opioïdes et dopaminergiques (Schore, 1994). Ces systèmes comme le souligne Maté (2010) sont le moteur de « l'amour, de la connexion, de la souffrance, du soulagement, du plaisir et de la motivation » (p. 198; traduit de l'anglais). Par contre, dans le cas d'un manque de syntonie affective trop fréquent, caractéristique de l'attachement insécurisé, un stress est induit chez l'enfant et l'hormone du cortisol qui est alors produite par le cerveau réduit le nombre de récepteurs opioïdes et dopaminergiques (Maté, 2010). Cette réduction a comme impact que l'enfant se voit privé de ses analgésiques naturels corporels (*body's natural painkillers*) (Padykula & Conklin, 2009, p. 356). L'excès de cortisol fait aussi rétrécir des centres cérébraux importants comme la structure de l'hippocampe qui est impliquée dans la mémoire et les émotions (Maté, 2010, p. 200). Ces perturbations à l'enfance sur le développement du cerveau peuvent avoir des répercussions au cours de la vie adulte (Maté 2010 ; Armstrong, 2013).

À juste titre, Maté (2010) affirme que le stress à l'enfance est central dans le développement des problèmes de toxicomanie, car le cerveau a en soi, une vulnérabilité physiologique :

A brain preset to be easily triggered into a stress response is likely to assign a high value to substances [...] addiction is a deeply ingrained response to stress, an attempt to cope with it through self-soothing [...] the development of the brain's neurotransmitter and self-regulating systems and, in particular, the stress-control

circuits is then disrupted, and once entrenched, these physiological dysfunctions increase the risk for addictions. (p. 207)

5.3 Attachement insécurisé de type évitant. L'attachement insécurisé de type évitant se trouve en relation avec différents problèmes, notamment de dépendance. De cette manière, les individus ayant à la fois des problèmes de consommation et un attachement insécurisé de type évitant (et préoccupé) étaient surreprésentés dans l'étude de Doumas et coll. (2007). Dans sa dissertation, Ekamparam (2008) a trouvé que ce type d'attachement est prévalent en ce qui a trait aux individus ayant des problèmes de toxicomanie. D'ailleurs, la recherche de Brennan et Shaver (1995) a démontré que la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool étaient associés à ce type d'attachement. Schindler et coll. (2005) ajoutent que la sévérité de la toxicomanie ou de l'alcoolisme est positivement corrélée à un attachement insécurisé de type évitant.

La consommation de substances ou d'alcool peut découler du type d'attachement insécurisé évitant à cause de l'évitement de l'individu dans ses relations et de ses méthodes de régulation affective inadaptées (entre autres, Ekamparam, 2008 ; Doumas et coll., 2007; Brennan & Shaver, 1995; Rosenstein & Horowitz, 1996).

Les individus ayant un attachement insécurisé de type évitant à « un modèle relationnel interne opérant qui teinte négativement sa perception de lui-même et des autres, ce qui fait qu'il leur est plus difficile de tirer satisfaction de leurs relations et par conséquent, ont plus de chance de se tourner vers les substances pour trouver réconfort » (Ekamparam, 2008, p. 37; traduit de l'anglais). Selon Doumas et coll. (2007), ce type d'attachement est en général surreprésenté dans une population qui consomme des substances et est lié à un plus haut taux de problèmes interpersonnels. Dans le même ordre d'idées, ces individus consomment de l'alcool pour éviter la dépendance émotionnelle à autrui (Brennan & Shaver, 1995).

Les individus ayant un attachement insécurisé de type évitant utilisent les substances dans le but d'une auto-régulation affective. Ces individus consomment de l'alcool pour réduire les tensions (Brennan & Shaver, 1995). De manière générale, les individus ayant un attachement insécurisé de type évitant utilisent des méthodes de régulation affective inadaptées comme la suppression émotionnelle (*emotional suppression*) (Rosenstein & Horowitz, 1996).

5.4 Attachement insécurisé de type préoccupé. L'attachement insécurisé de type préoccupé est lié à la consommation de drogues (Kassel Wardle & Roberts, 2007) et d'alcool (Brennan & Shaver, 1995) à la quantité et la fréquence de la consommation d'alcool (Cooper et coll., 1998) et de drogues (Kassel et coll., 2007) ainsi qu'à la consommation problématique d'alcool (McNally et coll., 2003).

La consommation de substances ou d'alcool peut résulter de l'attachement insécurisé de type préoccupé en raison de difficultés au plan de l'attachement ainsi que des méthodes de régulation affective inadaptées (Doumas et coll., 2007; Kassel et coll., 2007; Caspers & coll., 2001; Magai, 1999; Brennan & Shaver, 1995).

Selon Doumas et coll. (2007), ces individus sont en général surreprésentés et présentent un plus haut taux de problèmes interpersonnels. Kassel et coll. (2007) affirment dans leurs recherches que la peur de l'abandon que l'on retrouve chez les individus ayant un attachement de ce type est l'aspect le plus important en ce qui a trait à la prédiction des comportements de consommation de drogues.

Caspers et coll. (2001) pensent que les individus ayant un attachement insécurisé de type préoccupé ont tendance à utiliser des méthodes non-efficaces d'auto-régulation affective comme la distanciation ou la répression (*distancing or repression*) ce qui les met à risque de consommer des substances pour soulager la détresse émotionnelle (p. 1008). Plus particulièrement, ces individus consomment de l'alcool pour réduire les émotions négatives (Magai, 1999), l'anxiété (Brennan & Shaver, 1995) et le stress (Kassel et coll., 2007).

5.5 Attachement de type désorganisé. Les résultats de l'étude menée par Caspers et coll. (2001) ont affirmé que l'attachement désorganisé (ou craintif à l'âge adulte) est lié à la consommation de drogues. Dès qu'ils sont adolescents, les individus ayant un attachement de type désorganisé ont plus de chances d'avoir des problèmes de toxicomanie (Rosenstein & Horowitz, 1996). Par contre, d'autres auteurs soutiennent que l'attachement de type désorganisé n'est pas lié à la consommation problématique d'alcool (McNally et coll., 2003 ; Schindler et coll., 2005).

Selon mes recherches, peu d'informations écrites existent concernant les liens entre ce type d'attachement et la consommation de substances ou d'alcool comparativement aux autres types. Une étude indique que ce l'attachement désorganisé est lié à une régulation émotionnelle

moins efficace et que la consommation servirait aux individus ayant ce type d'attachement à augmenter leurs émotions positives (Magai, 1999).

En résumé, la recension des écrits de ce chapitre a démontré les liens possibles entre l'attachement insécurisé et la toxicomanie et l'alcoolisme. Nous avons vu que dans l'attachement insécurisé, l'enfant ne peut utiliser sa figure d'attachement ni comme une base de sécurité ni comme moyen de régulation affective ce qui lui cause un stress qui le rend vulnérable aux situations anxiogènes et aux traumatismes et sans moyen pour s'auto-réguler plus tard dans la vie. En ce sens, les différentes substances psychotropes de par leurs différents effets sur le consommateur viennent combler le besoin de base de sécurité et jouer un rôle régulateur. Malheureusement, cette méthode est temporaire et inefficace à long terme, car elle dysrégule d'avantage l'individu et le prive de relations saines.

Chapitre 2: Méthodologie

1. Justification de la méthodologie

Selon Hart (dans Randolph, 2009), la méthodologie théorique comporte plusieurs avantages: elle permet entre autres de faire « une synthèse des écrits et d'obtenir une nouvelle perspective »; « d'identifier des relations entre les idées et les pratiques »; et « d'utiliser les idées théoriques pour créer du savoir pratique » (p. 2). Selon Kapitan (2010), cette méthodologie permet de faire des inductions et de trouver ainsi de nouvelles pistes de recherche. Cette méthode est appropriée à ma recherche puisqu'elle permet de faire des liens entre plusieurs concepts existants dans le but de générer des connaissances, afin de combler un besoin de savoir pratique.

Selon les caractéristiques de la taxonomie de Cooper (1988), l'objectif de toute recherche est l'intégration de théories dans un but pratique ou théorique. En tenant compte de ces considérations, pour cette recherche, je pose la question suivante : Comment la théorie de l'attachement pourrait-elle permettre de comprendre le développement des problèmes de toxicomanie et ainsi fournir des pistes d'intervention en art-thérapie ?

Du point de vue théorique, j'aimerais aborder la question à partir de la compréhension du développement de la toxicomanie. Du point de vue pratique, j'aimerais explorer, voir et étudier quelques pistes d'intervention. Voici les questions secondaires basées sur un accent pratique : Comment la théorie de l'attachement informe-t-elle la position clinique et les interventions de l'art-thérapeute qui œuvre auprès d'individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme ? Comment les médiums artistiques proposés lors d'interventions en art-thérapie peuvent-ils aider ces individus dans leur cheminement ?

En suivant la démarche de Cooper (1988), une fois le problème de recherche formulé, le chercheur doit déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion des publications qu'il utilisera dans sa recherche. Je vais utiliser les travaux qualitatifs et quantitatifs en lien avec mon sujet ainsi que toutes les sources qui pourraient m'aider dans le cadre de cette recherche. Certains articles et ouvrages cités ici ne sont pas revus par les pairs considérant le nombre limité d'écrits qui traitent simultanément l'attachement et la toxicomanie (ex: Flores, 2004). Je vais également m'inspirer des articles écrits à partir des années 70, puisqu'il peut y avoir des écrits congruents sur la théorie de l'attachement même s'ils ne sont pas récents.

2. Considérations éthiques, collecte et analyse des données

« L'éthique en recherche scientifique se définit comme étant l'ensemble des valeurs et des finalités qui fondent et qui légitiment le métier de chercheur » (Martineau, 2007, p. 74). À ce qui vient d'être annoncé, j'ajoute que les termes importants évoqués ici seront définis de la manière la plus précise possible afin d'éviter une compréhension erronée et une mauvaise utilisation des données de recherche. C'est pourquoi certaines citations resteront dans leur langue d'origine et que les normes APA seront appliquées. Par souci du bien-être de la clientèle, les contre-indications au point de vue pratique sont mentionnées.

Ma recherche s'inscrit dans un contexte où elle vient compléter des données manquantes en ce qui concerne les pratiques d'intervention en art-thérapie auprès d'une population ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme. Un des critères de qualité d'une recherche qualitative se nomme la résonance et renvoie à « la capacité de la recherche à réverbérer de manière significative et d'affecter le public » (Tracy, 2010, traduit de l'anglais, p. 844). C'est pourquoi ce travail de recherche se propose aussi de rendre le lecteur sensible et empathique à cette population souvent victime de stigmatisation grâce à l'attention mise sur les causes sous-jacentes à la toxicomanie.

Cooper (1988) dans sa taxonomie parle de plusieurs types de couvertures (*coverage*). Pour cette recherche, un échantillon représentatif de publications (*representative sample*) sera utilisé. Les cinq premières pages (plus ou moins 150 premiers articles) ont été vérifiées sur divers moteurs de recherche. J'ai développé un système pour séparer les études pertinentes à mon propos de celles qui ne le sont pas en me fiant au titre et au résumé de l'article ou du livre. De plus, chaque mot-clé ou combinaison de mots-clés a été archivé, comme le suggère Randolph (2009).

Pour extraire les données des articles, Randolph (2009) suggère que les types de données extraites doivent non seulement correspondre aux critères d'inclusion (articles accessibles gratuitement ou livres datant de 1970 et plus, écrits en français ou en anglais, recherche qualitative ou quantitative portant sur l'art-thérapie ou le domaine de la psychologie, la toxicomanie ou l'alcoolisme), mais qu'ils doivent être aussi déterminés par l'accent de cette recherche (théorique pour le premier chapitre, et pratique pour le troisième et le quatrième chapitre) et le but de la recherche (créer de nouvelles connaissances pratiques). Les données ont été extraites en tenant compte du but d'intégration et l'accent théorique et pratique, ce qui veut

dire que l'accent théorique est majoritairement des définitions et des résultats de recherche, tandis que l'accent pratique inclut non seulement ce qui vient d'être énoncé, mais aussi des pistes d'intervention. Un système de classification, comme le suggère Gall, Borg et Gall (1996) qui ont divisé la méthode d'Ogawa et Malen's (1991) en huit étapes, a été appliqué dans ma recherche. J'ai classé les articles en catégories et en sous-catégories en tenant compte des concepts traités dans l'article ou le livre et de leur accent pratique ou théorique.

Ensuite, pour extraire les données dans chaque article j'ai suivi la taxonomie de Cooper (1988). Celle-ci stipule qu'il y a plusieurs façons d'organiser les données. Pour cette recherche, l'organisation est conceptuelle. Gall et coll. (1996) affirment que le chercheur doit créer un document où l'information pertinente sera organisée et codée. Selon ces mêmes auteurs, une autre étape sert à identifier les thèmes importants et à commencer à faire des liens entre les théories. Les résultats de cette recherche me permettent d'induire une nouvelle théorie avec les trois thèmes de départ : art-thérapie (CTE), toxicomanie, et attachement, afin de tirer des conclusions en ce qui a trait au potentiel d'application. Les limites de cette recherche seront énoncées dans les résultats ainsi que le potentiel de généralisation. En me basant sur la taxonomie de Cooper (1988), cette recherche aura comme audience le réseau universitaire (*general scholars*) et y sera disséminée.

Chapitre 3: Art-thérapie, attachement et toxicomanie

Avant d'explorer les pratiques en art-thérapie, définissons brièvement en quoi elle consiste.

Selon l'*American Art Therapy Association* (AATA, 2015) :

L'art-thérapie est une profession du domaine de la santé mentale dans laquelle le client, avec l'aide du thérapeute, utilise les matériaux d'arts et le processus créatif afin, entre autres, d'explorer ses émotions, [...] de favoriser des prises de conscience, de gérer [...] ses dépendances, de développer ses compétences sociales, de réduire son anxiété et d'augmenter son estime personnelle. Le but de l'art-thérapie est d'améliorer ou de rétablir le fonctionnement du client ainsi que son bien-être personnel. (*What is art therapy?*, para. 1; traduit de l'anglais)

L'art-thérapie a été utilisée auprès des individus ayant des difficultés au plan de l'attachement, surtout auprès des enfants, et nous verrons les pratiques dans ce domaine seront étudiées dans la prochaine section. Lors de cette recherche, j'ai constaté qu'il existe peu d'écrits qui portent directement sur l'art-thérapie et la régulation affective et que les considérations d'ordre pratique sont presque inexistantes. Aussi, l'art-thérapie, comme nous le verrons plus tard dans ce chapitre, a été utilisée auprès des individus ayant des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme.

1. Art-thérapie et attachement

L'art-thérapie présente des bénéfices pour une population qui a des difficultés au plan de l'attachement. En effet, certaines recherches actuelles étudient les liens potentiels entre les neurosciences et l'art-thérapie, renforçant le potentiel de l'art-thérapie pour traiter les traumatismes à l'enfance (sachant que l'attachement insécurisé peut être vécu tel un traumatisme préverbal, comme le mentionnent Pearlman & Courtois, 2005). Par exemple, Wilson (2003) stipule que les expériences émotionnelles qui découlent des traumatismes (comme l'attachement insécurisé) peuvent alors s'exprimer à travers l'expression symbolique. Selon Riley (dans Malchiodi, 2003a), l'art-thérapie est utilisée dans les programmes ayant comme base théorique l'attachement, car « la dimension nonverbale de l'art peut permettre d'accéder à ce qui a été vécu à l'enfance au plan relationnel avant que le langage verbal soit dominant ce qui permet possiblement au cerveau d'établir des connexions neuronales plus productives » (p. 20; traduit de l'anglais).

O'Brien (2004), quant à lui, affirme que l'acte de créer active les structures neurologiques de l'hémisphère droit du cerveau où sont encodées les souvenirs d'expériences précoces traumatiques non verbales, ce qui peut contribuer à leur résurgence. Par ailleurs, Klorer (2008) énonce que les souvenirs d'événements traumatiques vécus à l'enfance, et donnant lieu, par exemple, à un attachement insécurisé, sont stockés dans l'hémisphère droit, ce qui rendrait difficile l'expression verbale de ces difficultés; c'est pourquoi les thérapies expressives qui ne se basent pas sur la parole (sur l'hémisphère gauche) peuvent s'avérer très efficaces.

Shore (2014) soutient qu'une approche intégrative comme l'art-thérapie peut permettre de vivre une expérience réparatrice au plan des traumatismes relationnels liés à l'attachement. Selon cette même auteure, le processus réparateur est favorisé par la stimulation des fonctions associées à l'hémisphère droit du cerveau (comme la spontanéité relationnelle et l'engagement créatif) ainsi que par l'intégration des deux hémisphères cérébraux qui suscite les fonctions suivantes: « l'attention, la concentration, la communication et la compréhension logique » (p. 94; traduit de l'anglais).

Il y a un mouvement en neurosciences qui préconise qu'il est plus utile de s'attarder au fonctionnement des circuits neuronaux plutôt qu'à des zones cérébrales spécifiques (Armstrong, 2013). Plus spécifiquement, cet auteur montre l'importance des processus implicites et explicites. Van der Kolk (dans Armstrong, 2013) postule que les souvenirs de traumatismes sont encodés par des sensations physiques et des images mentales et sont inaccessibles à la mémoire explicite (mémoire verbale). L'aspect non-verbal de l'art a la particularité de susciter la mémoire sensorielle (système limbique) là où les représentations d'expériences émotionnelles sont stockées (Malchiodi, 2003a) ainsi que le modèle relationnel interne opérant (mentionné par Schore, 2001), ce qui fait en sorte que l'art-thérapie peut s'avérer une méthode efficace pour venir en aide aux individus ayant eu des traumatismes précoces (Malchiodi, 2003a). Carr et Hass-Cohen (2008) stipulent que l'art-thérapie favorise la stimulation du système limbique, ce qui est une avenue potentielle pour traiter les problèmes reliés à la régulation affective:

Affect regulation is a functional expression of connectivity between subcortical, limbic and cortical brain activity. [...] Art therapy practices provide a unique opportunity for expression of emotions and practicing the regulation of affect. Colors and textures easily arouse affectively laden limbic memories while purposeful art-making provides a here and now opportunity to express, understand and integrate emotional reactions. (p. 31)

De plus, Malchiodi (2003a) remarque que les souvenirs d'événements traumatiques sont parfois dans la mémoire implicite sans lien avec la mémoire explicite, ce qui fait que l'individu ressent les émotions liées à l'événement « sans avoir accès au contexte » (p. 21; traduit de l'anglais). Selon cette auteure, l'art-thérapie peut aider à faire le pont entre la mémoire implicite et la mémoire explicite et ainsi aider l'individu à penser et à sentir simultanément, puis donner un sens à son expérience (p. 20). Armstrong (2013) affirme aussi que l'art peut faire le pont entre ces deux mémoires, car lorsque le client crée, il utilise sa mémoire implicite et lorsqu'il discute de la symbolique de sa production artistique avec le thérapeute, il utilise sa mémoire explicite.

1.1 Art-thérapeute, attachement et régulation affective.

Avant de définir le rôle de l'art-thérapeute empruntant une approche basée sur la théorie de l'attachement, quelques définitions du rôle de l'art-thérapeute en général seront présentées. Selon l'Association des Art-Thérapeutes du Québec (AATQ) (2015) ce dernier détient des connaissances tant en arts visuels qu'en psychologie. L'art-thérapeute « joue le rôle de témoin, de guide ou de catalyseur qui va s'offrir pour assister la personne à exprimer sa créativité et à traduire son langage créatif en pistes d'exploration significatives et en prise de conscience personnelle [...] » (section À propos de l'art-thérapie, para.2). Schaverien (2000) propose l'idée qu'à la différence d'une thérapie conventionnelle, une relation « triangulaire » se produit entre le client, sa production artistique et l'art-thérapeute. Peu importe l'approche de l'art-thérapeute, il accorde une grande valeur au processus créatif ainsi qu'à la production artistique créée en séance. En fait, cette dernière est souvent considérée comme une représentation symbolique du monde intérieur de l'individu.

Selon mes recherches, les trois principaux rôles interreliés de l'art-thérapeute qui a une approche basée sur l'attachement sont de recréer les éléments manquants de l'environnement à l'enfance, de favoriser une restructuration du modèle relationnel interne opérant (de l'attachement) du client grâce, entre autres, au phénomène transférentiel, et de réguler les affects du client grâce à la fonction de contenance et au phénomène de syntonie affective. Dans ces processus complexes, à la fois l'art-thérapeute, les matériaux d'art, le processus créatif et la production artistique jouent des rôles très importants.

Armstrong (2013) affirme que l'art-thérapeute agit comme une base de sécurité dans la relation de syntonie affective et offre alors une opportunité d'attachement sécurisé (p. 277). Il aide le client à « réguler ses affects, à les traiter (*affect processing*) et à développer une

narration » (Armstrong, 2013, résumé; traduit de l'anglais). Gonick et Gold (1991), suite à leur travail auprès des enfants ayant des problèmes d'attachement, ont affirmé que l'art-thérapeute doit créer un environnement sécurisant, afin de venir combler les manques affectifs (*holding environment*). L'établissement d'un cadre rigoureux et de règles à propos de matériaux et de la relation thérapeutique, même si elles pourront être contestées et testées, est essentiel (Gonick & Gold, 1991). Banister (dans Armstrong, 2013) souligne que l'art-thérapie a l'avantage de recréer l'environnement précoce avec la figure d'attachement initial, grâce à « l'utilisation du corps et à la communication non verbale » (p. 277; traduit de l'anglais). Par exemple, en bougeant dans la salle d'art-thérapie, « les qualités spatiales de la théorie de l'attachement sont visuellement rejouées » (p. 277; traduit de l'anglais).

Le type d'attachement peut être modifié grâce une intervention appropriée (Bowlby, 1988) et grâce au phénomène de transfert dans la relation thérapeutique. En ce sens, selon Gabbard (dans Ekamparam, 2008), le client transforme la relation thérapeutique en relation d'attachement, ce qui donne une opportunité de changement du modèle relationnel interne opérant. De plus, les thérapeutes peuvent aussi utiliser le contretransfert comme outil pour comprendre le type d'attachement du client (Ekamparam, 2008) et ainsi adapter leurs interventions à chaque type d'attachement (Harris, 2004). En art-thérapie, le phénomène de transfert est aussi présent à la différence que, puisque la relation est triangulaire, les productions artistiques créées par le client peuvent évoquer certains éléments de la relation avec la ou les figures d'attachement; elles peuvent aussi présenter des aspects de la relation transférentielle du client envers l'art-thérapeute, et ce dernier peut aussi ressentir un contretransfert envers l'image. Rubin (dans Malchiodi, 2003*b*) note pour sa part que la réaction du client face à l'offre de matériaux d'art peut susciter un transfert; la manière dont le client traite les matériaux d'art, comment il les accueille, les utilise ou les rejette et les émotions qu'il vit face à cette offre (ex. : colère, anxiété) peuvent refléter comment il a vécu sa relation avec sa figure d'attachement.

Les expériences réparatrices au plan de l'attachement primaire en art-thérapie semblent être facilitées par la fonction de contenance et la fonction de syntonie affective que joue le thérapeute ainsi que les matériaux d'art. À juste titre, Malchiodi (2003*a*) affirme que l'art-thérapie a la capacité d'aider à la construction de lien d'attachement grâce, entre autres, à la relation client-thérapeute : “By its very nature, offering art materials is often perceived as a form of nurturing by providing the opportunity for creative expression, encouraging attachment to the

therapist” (Malchiodi, 2003a, p. 54). Armstrong (2013) remarque que l’art-thérapeute, à la manière d’une figure d’attachement, aide le client à se réguler, car il agit comme un contenant de l’expérience émotionnelle. Ce même auteur souligne que les matériaux d’art peuvent aussi jouer ce rôle important et que les art-thérapeutes ont les habiletés pour suggérer des matériaux appropriés au besoin de régulation affective du client. De plus, le concept de syntonie se référant à une connexion émotionnelle profonde et mutuelle (Kossak, 2009), favorise le développement d’une relation thérapeutique réparatrice au plan de l’attachement (Hamilton, 1989). Plus particulièrement, c’est « l’expérience de connexion, d’unité, de compréhension, de support, d’empathie et d’acceptation » qui sont les attitudes du thérapeute qui favorisent la guérison psychologique (Kossak, 2009, p. 13; traduit de l’anglais). Selon Franklin (2010), le mécanisme par lequel se produit cette expérience réparatrice au plan de l’attachement est que le thérapeute, à la manière d’une *mère suffisamment bonne*, dans ses échanges avec le client, alterne entre une « syntonie affective et un manque de syntonie, puis une syntonie à nouveau ce qui est la base de l’alliance thérapeutique » (p. 162; traduit de l’anglais). Pour Franklin (2010), la relation thérapeutique a pour but de réguler les états affectifs du client et ce, grâce aux neurones miroirs. Il suggère d’ailleurs que l’art-thérapeute reçoive l’affect du client, le ressente et le fasse résonner en lui, puis le reflète au client grâce à une réponse de syntonie émotionnelle empathique par les arts (*visual art response*). L’auteur mentionne qu’il faut agir avec prudence, car le client peut être inconfortable avec cette sorte d’intimité. Reste que si elle est utilisée prudemment, une réponse de syntonie émotionnelle empathique par les arts peut venir renforcer l’alliance thérapeutique (Franklin, 2020). Ce même auteur propose la stratégie de la *troisième main*, à l’origine créée par Kramer (1986), où l’art-thérapeute est amené à offrir une assistance technique lors du processus créatif, crée un dialogue visuel (*visual dialogue*) lors duquel l’art-thérapeute s’ajuste dans le but d’être en syntonie avec le client afin de favoriser la régulation de ses affects et de développer sa capacité à être en relation interpersonnelle.

2. Art-thérapie, attachement et toxicomanie

Même si l’art-thérapie est implantée depuis plusieurs années dans le domaine de la toxicomanie et de l’alcoolisme (Phillips, 2003), j’ai remarqué qu’il y a encore peu d’études à ce sujet et que la plupart sont des études de cas où des techniques sont testées sur de petits échantillons. Hinz (2009b) affirme aussi que l’art-thérapie n’est pas reconnue à sa juste valeur

dans le domaine de la toxicomanie et que les écrits manquent d'explication et de suggestions pratiques (p. 53).

Une diversité d'approches a été utilisée auprès de cette population. Plusieurs auteurs (entre autres, Allen, 1985; Johnson 1990a) ont adopté l'approche des 12 étapes. D'autres art-thérapeutes ont préféré l'approche de l'entretien motivationnel axée sur la motivation et les stades de changement (Horay 2006; Holt & Kaiser, 2009) sur un modèle bio-comportemental (Matto, 2005). D'autres approches comme une approche axée sur les solutions (Matto, Corcoran & Fassler, 2003), sur la spiritualité (Johnson, 1990b; Feen-Calligan, 1995), sur le déni (Cox & Price, 1990) ou encore, une approche analytique (Albert-Puleo, 1980) ont été utilisées auprès de cette population.

À ma connaissance, aucun art-thérapeute n'a écrit d'article sur sa pratique auprès des individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme en mentionnant explicitement qu'il utilisait une approche basée sur l'attachement. Holt et Kaiser (1995) ont fait une étude auprès de cette population qui portait sur l'attachement sécurisé et l'image en art-thérapie ainsi que sur les implications pour le traitement de cette population. Malheureusement, les résultats proprement dits de la recherche semblent n'avoir été diffusés seulement que lors d'une conférence à laquelle je n'ai pas pu assister.

Par contre, le concept d'attachement est présent dans certaines autres approches art-thérapeutiques auprès de cette population. Par exemple, Albert-Puleo (1980) qui emploie une approche analytique a certainement travaillé l'attachement (relation d'objet) puisqu'elle mentionne que les traumatismes dans la petite enfance (6 premiers mois de la vie) causent une blessure narcissique et que c'est sur cette dernière que l'on doit travailler dans le traitement de cette population.

L'étude menée par Francis et coll. (2003) sur le *Bird's Nest Drawing* porte sur l'art-thérapie, l'attachement, la toxicomanie et alcoolisme. Cette étude consistait à évaluer le type d'attachement d'un groupe d'individu ayant des problèmes de consommation grâce à test projectif art-thérapeutique sur le thème du nid d'oiseau. Bien que ce dernier ne soit pas validé et qu'il se base sur des tests autoadministrés pour mesurer le type l'attachement, les résultats de l'étude ont démontré que plusieurs indicateurs formels (ex. : les couleurs utilisées) et du court texte qui l'accompagne permettent de formuler l'hypothèse d'un type d'attachement particulier soit sécurisé, insécurisé-évitant, insécurisé-préoccupé ou insécurisé-craintif.

En ce qui concerne la régulation affective, la recherche détaillée et testée empiriquement de Matto (2007) intègre à son traitement art-thérapeutique des activités qui permettent l'identification et l'expression des émotions ainsi que l'identification de nouveaux mécanismes de *coping* pour cette population qui a des problèmes de régulation affective. Plusieurs autres auteurs soulignent les bienfaits de l'art-thérapie en ce qui a trait aux émotions pour cette population en particulier : entre autres, l'art-thérapie aide les individus à en prendre conscience (Horay, 2006) à les vivre, à les reconnaître et à les identifier par l'expression créatrice (Moore, 1983) et à les exprimer plutôt que de les retourner contre soi-même (Albert-Puleo, 1980). Head (dans Hinz, 2009b) ajoute que l'art-thérapie a le potentiel de « stimuler les affects » (p. 51; traduit de l'anglais).

3. Continuum de Thérapies Expressives (CTE)

Bien qu'il existe différentes approches en art-thérapie, le présent travail sera centré sur le Continuum de Thérapies Expressives (CTE) en art-thérapie afin de comprendre les caractéristiques des matériaux, éléments fondamentaux en art-thérapie, et ainsi pouvoir formuler des possibles pistes d'interventions pour traiter les troubles de toxicomanie et d'alcoolisme dans le chapitre 4. Le Continuum de thérapies expressives (CTE) de l'anglais *Expressive Therapies Continuum (ETC)* a été créé à l'origine par Kagin et Lusebrink en 1978 et a été repris par Hinz en 2009a dans un guide pratique mettant l'emphasis sur les propriétés thérapeutiques de l'expression créatrice visuelle. Le CTE est une approche globale panthéorique pour utiliser l'art en thérapie en tenant compte des différentes dimensions d'un individu (corps, émotion, cognition) et des impacts des matériaux sur lui (Hinz et coll., 2014). Selon ces mêmes auteurs, le client est un partenaire actif qui participe à la formulation des objectifs de traitement.

3.1 CTE : les dimensions. Le CTE organise les interactions d'un individu avec les matériaux, sa manière de traiter l'information, sous forme d'un schéma comprenant six dimensions sur trois niveaux bipolaires (cognitif et symbolique, perceptif et affectif, kinesthésique et sensoriel) et un niveau d'intégration globale (voir Figure 1). Les dimensions cognitive, perceptuelle et kinesthésique correspondent aux fonctions de l'hémisphère gauche du cerveau tandis que les dimensions symbolique, affective et sensorielle correspondent aux fonctions de l'hémisphère droit du cerveau. Les niveaux sont tous importants et ils sont hiérarchiques et développementaux. Cela veut signifier que le niveau kinesthésique/sensoriel est le traitement de l'information le plus primitif et le cognitif/symbolique suscite des fonctions cérébrales complexes. Un individu équilibré est en mesure d'utiliser les six dimensions.

Kinesthésique/Sensoriel. Ce premier niveau est associé au cerveau reptilien (Van Meter, n d.). Il fait « appel à l'expression sensori-motrice préverbale » (Riccardi, Périer & Hinz, 2014, p. 2). La dimension kinesthésique est une forme de communication non verbale dans l'action qui utilise le corps et les mouvements pour permettre une décharge de l'énergie et une régulation des tensions (Van Meter, n d.). Selon Hinz, Riccardi et Périer (2014) elle permet de libérer les inhibitions et « de laisser tomber les inhibitions et le contrôle » (p. 15). Une question qui vient évoquer cette dimension est « Peux-tu répéter ce mouvement ou ce rythme ? » (Hinz, 2009a, p. 45). La dimension sensorielle, basée sur les sens, permet d'élargir l'éventail des ressources internes, afin de se calmer et augmente la conscience du corps et du vécu intérieur (Van Meter, n d.). Une question qui réfère à cette dimension est « Comment ressens-tu l'argile sur tes mains ? » (Hinz, 2009a, p. 66)

Perceptuel/Affectif. Ce deuxième niveau est associé au système limbique (Van Meter, n d.). La dimension perceptuelle « est utilisée pour communiquer visuellement à travers différentes formes, directions, lignes et couleurs » (Riccardi et coll., 2014, p. 2). Cette dimension permet de « comprendre les frontières et les limites », elle est « synchronisée avec le monde extérieur » et elle permet de « contrôler et de contenir les pulsions du monde interne » (Van Meter, n d, p. 7; traduit de l'anglais). Une simple question comme « Que vois-tu ? » (Hinz et coll., 2014, p. 71) viendrait évoquer la dimension perceptuelle.

La dimension affective permet « d'augmenter la conscience des émotions et l'expérience de celles-ci », « d'exprimer l'humeur de manière appropriée », « de détecter et d'identifier les émotions » et « de faire le lien entre l'émotion et les événements extérieurs » (Van Meter, n d., p.

8; traduit de l'anglais). Comme Hinz et coll. (2014) le remarquent, cette dimension aide « à l'identification, la différenciation, l'expression et l'apaisement des émotions » (p. 21) ainsi que de les nommer. Par ailleurs, ces mêmes auteurs ajoutent que les formes, comme un mandala par exemple, peuvent aider à contenir les affects. Pour susciter la dimension affective, Hinz et coll. (2014) proposent une question comme « Comment ressens-tu cela ? » (p. 69). Ces mêmes auteurs ajoutent qu'encourager l'individu à parler de ce qu'il ressent ouvertement peut être une façon d'accéder à cette dimension.

Cognitif/Symbolique. Ce troisième niveau est associé au néocortex (Van Meter, n.d.). Cet auteur affirme que la dimension cognitive permet, entre autres, de favoriser le processus de décision et de résolution de problèmes ainsi que d'élaborer une réflexion à propos des liens de causalités d'une situation passée, présente ou future. Hinz et coll. (2014) affirment qu'elle est logique et linguistique et peut être suscitée lorsque le thérapeute demande au client d'ajouter un titre à sa production artistique.

La dimension symbolique, associée à la culture et à la spiritualité (Riccardi et coll., 2014), favorise l'intuition, l'exploration de symboles, l'émergence de prises de conscience significatives ainsi que d'élaboration d'une narration et l'unification de différentes facettes d'une même expérience (Van Meter, n.d., p. 10).

Créatif. Le niveau créatif est associé au cortex préfrontal (Van Meter, n.d.). Il « fait référence à l'intégration globale des autres niveaux où l'individu s'approche de la réalisation de son plein potentiel » (Riccardi et coll., 2014, p. 2) et peut se produire à n'importe quel niveau (Hinz, 2009a). Hinz et coll. (2014) parlent de cette expérience comme un *flow* qui se caractérise, entre autres, par un sentiment de bien-être (p. 39). Ce niveau vertical permet, entre autres, d'avoir conscience de ce qui est terminé et de renforcer les gains thérapeutiques (Van Meter, n.d.) ce qui peut mener vers l'autoactualisation (Hinz et coll., 2014).

3.2 CTE : L'évaluation. La procédure d'évaluation du CTE consiste en trois productions artistiques dans un contexte où le client a la liberté de choisir ses matériaux, lors des premières séances de thérapie (Hinz et coll., 2014). Selon ces mêmes auteurs, durant le processus artistique du client, l'art-thérapeute observe sa manière de travailler. Après la réalisation de sa production artistique, l'art-thérapeute identifie le matériau favori du client, les éléments formels dans l'image et porte attention à ce que le client verbalise (Hinz et coll., 2014).

Plus spécifiquement, cette évaluation a pour but d'identifier les façons préférées de traiter l'information pour un individu et de vérifier s'il y a des dimensions qui sont sous-utilisées, surutilisées ou bloquées (Hinz, 2009a). Le but d'utiliser le CTE en thérapie est de favoriser un équilibre en ce qui a trait au traitement de l'information et ce, en diminuant l'usage aux dimensions surutilisées, en développant les dimensions sous-utilisées et en débloquent les dimensions non utilisées (Hinz et coll., 2014). Pour ce faire, l'art-thérapeute invite le client à utiliser la dimension opposée à celle qui est surutilisée en suggérant des matériaux et en posant les questions appropriées (Hinz et coll., 2014). Par exemple, un individu qui surutiliserait la dimension affective serait progressivement amené à utiliser des matériaux qui susciteraient la fonction perceptuelle.

3.3 CTE : les matériaux. Le CTE offre une explication des différentes propriétés thérapeutiques des matériaux en lien avec les différentes dimensions. Par exemple, les matériaux fluides comme l'aquarelle et différentes sortes de peinture seraient plus susceptibles de susciter la dimension affective, tandis que des matériaux plus rigides tels l'argile, les différents types de crayons ou le collage seraient plus susceptibles d'évoquer la dimension cognitive (Hinz, 2009a). Il est important de noter que l'utilisation d'un outil comme un pinceau permet de créer une distance (Hinz et coll., 2014). Voici quelques exemples de matériaux avec leurs propriétés respectives :

Collage. Selon Hinz et coll. (2014), le collage est un matériau « résistant et structuré » qui favorise la fonction cognitive (p. 63). Selon ces mêmes auteurs, il vient déclencher des processus cognitifs complexes et permet d'appliquer ces fonctions dans la vie courante.

Argile. Hinz et coll. (2014) disent que l'argile est un matériau qui peut être résistant ou fluide tout dépendant de comment il est utilisé (avec ou sans eau).

Dans le même ordre d'idées, Benoît (1999) affirme que :

La variété de ses textures (rugueuse, fine) et de ses couleurs (blanche, grise, rouge, noir foncé) jointe à ses possibilités de variation de température et à ses différents degrés de flexibilité (dure, souple), font de l'argile un matériau aux possibilités expressives infinies. (Benoît, 1999, p. 6)

L'argile a un potentiel régressif qui pourrait entraîner une décompensation chez certains individus, peut évoquer des réponses émotionnelles, libérer l'énergie, permettre de vivre le moment présent (Hinz et coll., 2014) et encourager l'expression, la communication verbale et la

création de symboles (Sholt & Gavron, 2006).

Aquarelle. L'aquarelle est un matériau fluide, mais il peut varier selon la quantité d'eau utilisée (Hinz et coll., 2014, p. 61). Selon ces mêmes auteurs, ce matériau favorise la prise de conscience des émotions ainsi que l'émergence de symboles.

Crayons de couleur. Les crayons de couleur sont un matériau résistant qui, entre autres, favorise la définition de limites claires qui permet de contenir les émotions dans les lignes dessinées (Hinz et coll., 2014). Selon ces mêmes auteurs, les crayons peuvent aussi habiliter l'individu à s'engager dans le processus créatif, à changer son point de vue et à débiter une narration.

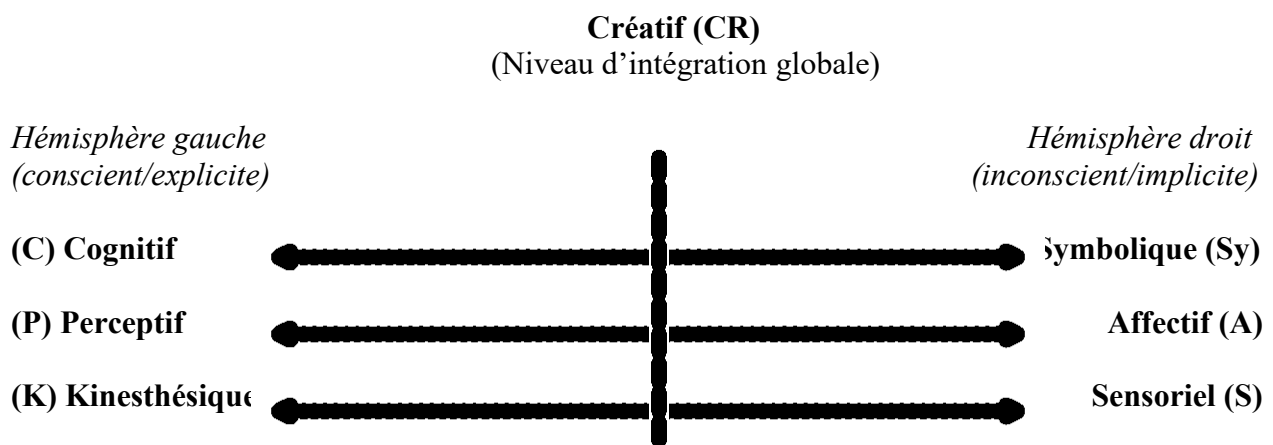


Figure 1. Continuum de thérapies expressives (CTE) (Hinz, 2009a, p. 5; traduit de l'anglais et Van Meter, n.d., p. 16; traduit de l'anglais)

Chapitre 4: Pistes d'intervention en art-thérapie

Ce chapitre consiste en une discussion portant sur les pistes d'intervention en art-thérapie. Avant d'indiquer de manière pratique de quelle façon l'art-thérapeute utilisant une approche fondée sur l'attachement et le CTE peut venir en aide aux adultes ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme, j'expliquerai comment le CTE peut être emprunté pour traiter les problèmes d'attachement et de régulation affective ainsi que les problèmes de toxicomanie.

1. Continuum de Thérapies Expressives, attachement et régulation affective

Tel que mentionné dans le premier chapitre (voir Figure 1), il existe plusieurs façons de traiter l'information qui correspond aux différentes dimensions du CTE (Cognitive/Symbolique, Perceptuelle/Affective, Kinesthésique/Sensorielle) et que les matériaux artistiques, grâce à leurs propriétés, viennent susciter ces différentes dimensions. Au cours de cette recherche, j'ai relevé que chaque dimension est associée à l'attachement (à l'enfance ou entre le thérapeute et le client) ainsi qu'à la régulation affective.

1.1 CTE et attachement. Les souvenirs d'expériences émotionnelles préverbaux liés à l'attachement primaire seraient stockés dans l'hémisphère droit du cerveau, ou comme les nouvelles théories neuroscientifiques le proposent, dans la mémoire implicite (Armstrong, 2013), il est en question ci-dessus. Les dimensions sensorielle, affective et symbolique sont associées à l'hémisphère droit et à la mémoire implicite (Hinz, 2009a ; Van Meter, n.d.), ce qui fait en sorte que ces trois dimensions ont la capacité de favoriser l'expression des expériences émotionnelles, comme celles qui ont cours dans le processus d'attachement. Plusieurs régions cérébrales sont impliquées dans ce processus soit le cerveau reptilien, le système limbique et le néocortex (Micsak dans Kolodny, 2012). Micsak énonce que la stimulation de ces différentes régions appuie le travail thérapeutique entourant l'attachement et les traumatismes. Je tenterai de démontrer de quelle manière chacune de ces régions peut être stimulée par les différentes dimensions du CTE.

Kinesthésique/ Sensoriel. Comme mentionné au chapitre trois, ce niveau est associé au cerveau reptilien qui est une des régions cérébrales impliquées dans l'attachement. Selon Kolodny (2012), ce cerveau exige des activités sensorielles et rythmiques qui peuvent être concrétisées par des productions artistiques qui sollicitent des mouvements répétitifs (ex.:

gribouillis, mandala) (p. 5). Un autre lien possible en ce qui a trait à l'attachement est que la dimension sensorielle fait appel à l'expression sensori-motrice préverbale et que l'attachement est une expérience préverbale encodée dans la mémoire sensorielle. Afin d'éveiller ce type de mémoire lors du travail thérapeutique sur des problématiques liées à l'attachement, l'argile mouillée semble être le matériau à privilégier. En effet, selon Boyer-Larouche (1996) (dans Benoît, 1999), l'argile mouillée, utilisée directement avec les mains, peut rappeler le premier mode de communication de l'humain qu'est le toucher et ainsi faire ressurgir des souvenirs d'expériences préverbales. Sholt et Gavron (2006), affirment que l'argile induit une régression à un stade de développement antérieur ce qui permet de travailler la relation d'attachement. La peinture tactile serait aussi un matériau sensoriel qui a le potentiel de faire réapparaître les souvenirs d'expériences précoces est de contribuer à l'exploration « des besoins réprimés » (Benoît, 1999, p. 35).

Perceptuel/Affectif. Tel que mentionné précédemment, ce niveau est associé au système limbique, une autre région impliquée dans l'attachement. Selon Micsak (dans Kolodny, 2012), cette région cérébrale qui attribue l'émotion à l'évènement bénéficie d'interventions qui permettent d'accéder à un calme intérieur soit par les matériaux d'art et par la relation thérapeutique. Micsak affirme que cette relation d'attachement, entre le thérapeute et le client, se développe et se solidifie par les arts, par exemple, lors d'un engagement mutuel dans l'imagination, le jeu ou la réalisation d'une production artistique. La relation thérapeutique, *l'attachement* au thérapeute (ou l'alliance thérapeutique) pourrait donc résider à ce niveau du CTE, ce qui serait sensé puisque le thérapeute agit comme un contenant, une fonction liée à la dimension perceptuelle, et que le lien d'attachement est un lien affectif.

Cognitif/Symbolique. La dimension cognitive pourrait soutenir l'individu dans ses réflexions à propos ses patrons relationnels. À juste titre, Hinz (2009a), signale que l'activité du collage familial abstrait où chaque membre de la famille est dépeint par une couleur et une forme a la capacité de stimuler les prises de conscience entourant les dynamiques familiales (*family dynamics*) (p. 132).

La dimension symbolique peut soutenir l'individu dans sa quête de sens en ce qui a trait aux expériences de souffrance liée à un attachement insécurisé et aux divers traumatismes qui peuvent en résulter. Micsak (dans Kolodny, 2012) parle des interventions à prioriser pour stimuler le néo-cortex (associé à ce niveau), qui seraient celles qui engagent l'individu dans un

processus narratif (*engage in storytelling*) (p. 4). Bien qu'Hinz (2009a) suggère que l'activité de la ligne de vie qui consiste à représenter sa vie, depuis la naissance, sous forme d'une ligne soit une activité plus cognitive, je crois qu'elle peut aussi avoir recours à la dimension symbolique en encourageant le développement d'une narration et en permettant à l'individu de donner un sens à ses expériences émotionnelles.

1.2 CTE et régulation affective

Selon mes lectures, il semble que les différentes dimensions permettent, chacune à leur manière, de travailler certaines facettes de la régulation affective.

Kinesthésique/Sensoriel. Micsak (dans Kolodny, 2012) affirme que ce niveau, associé au cerveau reptilien, serait impliqué dans la syntonie affective, ce qui est logique puisque la mère régule une bonne partie du temps son enfant à l'aide du toucher. En art-thérapie, il est possible d'utiliser les matériaux pour arriver à une régulation par le sens du toucher (Hinz et coll., 2014). De manière générale, ce niveau peut évoquer des émotions et ainsi faire émerger la dimension affective (Hinz, 2009a).

La régulation des tensions par les mouvements qu'offre la dimension kinesthésique (Van Meter, n.d.) peut se produire grâce à des mouvements rigoureux et rythmés qui permettent de susciter les affects, par exemple, d'exprimer de la colère (Hinz, 2009a). Par contre, cette dimension peut être surutilisée par un individu ce qui pourrait indiquer un évitement émotionnel (Lusebrink, 1990). Puisque les souvenirs traumatiques préverbaux sont stockés sous forme d'images dans la mémoire implicite (sensorielle) (Lusebrink, 1990), les mouvements répétés de la dimension kinesthésique peuvent être utilisés par un individu dans le but d'éviter que ces images ne se forment à travers l'expression créatrice (Hinz, 2009a). Selon Hinz (2009a), plusieurs matériaux peuvent être utilisés dans un but de régulation affective à la dimension kinesthésique, dont le styromousse, l'argile ou la pâte à modeler, le papier, la pierre ou le bois. Par exemple, enfoncer des clous dans du styromousse peut faire émerger une émotion (Hinz, 2009a, p. 57). L'argile, lorsqu'elle est lancée sur une plaque, par exemple, peut promouvoir l'expression des émotions et lorsqu'elle est martelée ou pressée peut favoriser le relâchement des tensions ainsi qu'un sentiment de relaxation (Hinz, 2009a, p. 57). En ce qui a trait au bois ou à la pierre, lorsqu'ils sont sculptés, ces matériaux sont associés à « l'excitation émotionnelle, puis à une relaxation » (Hinz, 2009a, p. 57; traduit de l'anglais).

La dimension sensorielle peut venir stimuler l'augmentation de la conscience

émotionnelle (Lusebrink, 1990), de les évoquer et de les calmer (Hinz, 2009a). Hinz et coll. (2014) expliquent que l'expérience de création sensorielle « lente et sensuelle » a comme effet de calmer l'expérience émotionnelle (p. 18). Plus particulièrement, l'argile mouillée peut favoriser « l'émergence des émotions » et la peinture tactile peut avoir un effet calmant (Hinz, 2009a, p. 77; traduit de l'anglais).

Perceptuel/Affectif. Rappelons que ce niveau est associé au système limbique (Van Meter, n.d.) et que Hass-Cohen en 2008 avait déjà souligné l'importance de l'activation de ce système pour traiter les problèmes liés aux émotions. De manière générale, ce niveau semble lié à la régulation affective puisqu'il pourrait encourager, entre autres, la modulation et l'expression et peut-être même l'acceptation d'expériences émotionnelles.

Plus particulièrement, la dimension perceptuelle peut permettre de contenir et de structurer les affects, ainsi que de créer une distance sécuritaire face à l'expérience émotionnelle (Hinz, 2009a). En ce sens, la dimension perceptuelle semble liée à la fonction de contenance qui pourrait mener à la fonction de modulation de la régulation affective. Les matériaux qui ont la capacité d'éveiller cette dimension sont, entre autres, les contenants (ex : boîte) (Lusebrink, 1990) et des crayons aquarelles (Hinz, 2009a). Ces derniers, utilisés en gribouillis, peuvent favoriser la compréhension des pensées liées aux affects (Hinz, 2009a).

La dimension affective est liée à la régulation affective, car elle prête assistance à l'expression des émotions ainsi que l'identification et la différenciation entre les divers types d'émotions. Hinz (2009a) propose que tous les matériaux puissent évoquer des réponses émotionnelles, mais plus particulièrement ceux qui sont fluides. Peindre ou dessiner les émotions de manière abstraite peut encourager l'expression d'une manière qui ne soit pas menaçante (*expressed in a safe manner*) (Hinz, 2009a, p. 121). L'ajout de la musique lors d'une expression créatrice par la peinture peut aider à « identifier et à nommer l'émotion » (Hinz, 2009a, p. 121; traduit de l'anglais). Aussi, dessiner les quatre émotions de base peut aider à les différencier et à étayer le vocabulaire relié aux affects (Hinz, 2009a, p. 121).

Cognitif/Symbolique. Selon Micsak (dans Kolodny, 2012), les interventions à préconiser pour activer le néo-cortex sont celles qui favorisent le développement des habiletés de régulation affective par des méthodes suggérées par la thérapie cognitivo-comportementale.

La dimension cognitive pourrait inciter l'individu à s'engager dans une réflexion sur ses émotions et sur celles des autres. En ce sens, Hinz (2009a) propose une visualisation à propos de

la maison d'enfance de l'individu et un dessin qui représente un plan cette maison, afin de permettre « d'ordonner et de contenir les affects » (p. 143; traduit de l'anglais).

La dimension symbolique est liée à la régulation affective, car elle encourage l'individu à trouver un sens avec son expérience émotionnelle et de symboliser ses émotions. En ce sens, Hinz (2009a) propose que le collage d'images archétypales (*archetypal images*) peut aider à découvrir « sa sagesse intérieure » (*internal wisdom*) (p. 167).

2. CTE, toxicomanie et alcoolisme

Au cours de cette recherche, j'ai constaté que plusieurs activités et thèmes suggérés dans les articles portant sur l'art-thérapie et la toxicomanie ou l'alcoolisme pouvaient correspondre aux différentes dimensions du CTE. Hinz (2009b) a aussi écrit un article portant directement sur le CTE et la toxicomanie et il en sera question dans cette section.

Kinesthésique/Sensoriel. Selon Head (dans Hinz, 2009b) « les années de consommation peuvent avoir un effet anesthésiant sur les fonctions physiques et psychologiques de l'individu ce que la dimension kinesthésique vient contrecarrer ». (p. 56; traduit de l'anglais). Le rationnel des interventions qui promeuvent cette dimension peut être que « la consommation de substance ne sera alors plus nécessaire pour calmer ou relâcher les tensions qui émergent » (Hinz, 2009b, p. 63; traduit de l'anglais).

Selon Hinz (2009b), les matériaux suscitant la dimension sensorielle peuvent soutenir l'individu en rétablissement en l'amenant à apprivoiser ses sensations et à se libérer des substances qui étaient autrefois une source de stimulation ou une méthode de gestion sensorielle (p. 56). Matto et coll. (2003) suggèrent de poser les questions suivantes : « Quelles sont les réactions sensorielles ou les réactions physiologiques de ton corps lorsque tu créais et que tu as maintenant que tu regardes ta production artistique ? » (p. 268; traduit de l'anglais).

Des objectifs thérapeutiques de ce niveau peuvent être de « relâcher les tensions, de trouver un apaisement et de relaxer » (Hinz, 2009b, p. 60; traduit de l'anglais).

Perceptuel/Affectif. Selon Hinz (2009b), grâce à l'organisation interne qu'offre cette dimension, « ces individus peuvent alors sentir moins d'envie irrésistible de consommer pour contrôler ce qui était ressenti comme une expérience interne chaotique » (p. 56; traduit de l'anglais). Une des activités proposées par Matto, et coll. (2003) pourrait correspondre à la dimension perceptuelle. Elle consiste à se représenter sur le chemin du rétablissement. En outre, selon Lusebrink (dans Hinz, 2009b), une des façons de faire appel à cette dimension auprès de

cette population est de proposer à l'individu de modifier picturalement sa production artistique, par exemple en produisant des réponses créatives représentant un point de vue rapproché d'une partie de sa production artistique initiale (*close-up*) et en faire une vue à vol d'oiseau (*bird's eyes view*) (p. 58)

Pour ce qui est de la dimension affective, Hinz (2009b) stipule qu'une « expression affective appropriée réduit le besoin de consommer des substances » (p. 62; traduit de l'anglais) et que cette expression est facilitée par l'éducation des individus en ce qui a trait à « l'identification, la discrimination et l'apaisement des émotions » (p. 58; traduit de l'anglais). Hinz (2009b) soumet l'idée que l'éducation se fasse, entre autres, grâce à l'activité des quatre émotions de base. Des thèmes qui pourraient évoquer cette dimension sont ceux de Wilson (2003) qui propose que les individus en traitement expriment leurs émotions face au fait d'être en thérapie à travers l'image (p. 285) ou qu'ils dessinent les éléments déclencheurs émotionnels qui mènent à la consommation (p. 288). Ce même auteur propose aux individus en traitement de créer sur le thème des personnes qui les nourrissent psychiquement (p. 289) ou sur le thème de ce qui leur a manqué à l'enfance (p. 291). Matto et coll. (2003) conseillent de poser certaines questions qui pourraient venir encourager l'accès à la dimension émotionnelle : « Comment les personnes/objets se sentent-ils dans l'image ? Quelles émotions les personnes/objets souhaitent-ils ressentir ? Où est le centre émotionnel dans l'image pour toi ? » (p. 268; traduit de l'anglais).

Des objectifs thérapeutiques de ce niveau peuvent consister en « la clarification les relations entre certains aspects du problème, l'expression et la contenance des émotions, d'utilisation des émotions pour prendre des décisions, et de percevoir l'ordre dans le chaos émotionnel que vivent souvent les personnes qui abusent des substances » (Hinz, 2009b, p. 61; traduit de l'anglais).

Cognitif/Symbolique. Je crois que la dimension cognitive pourrait être sollicitée par l'activité développée par Cox et Price (1990) qui proposent à l'individu d'examiner les conséquences de ses actions (*incident drawing*) en dessinant un événement qui s'est produit lorsque l'individu était sous influence d'une substance ou d'alcool, et celle de Wilson (2003) qui suggère de dessiner « les conséquences internes et externes de l'addiction » (p. 287; traduit de l'anglais). Si Hinz (2009b) suggère que l'activité nommée *Pro and Con Collage* développée par Horay (2006) qui consiste à représenter les *pour* et les *contre* de la consommation dans un collage pourrait susciter la dimension affective, je crois qu'elle pourrait aussi évoquer la

dimension cognitive puisqu'elle peut encourager la prise de décision face à poursuivre ou à cesser le comportement de consommation. Hinz (2009b) propose d'autres activités pour cette dimension, dont des bandes dessinées, et une création artistique sur le thème des incidents futurs qui pourraient survenir si l'individu poursuit la consommation de drogues ou d'alcool. Dans le même ordre d'idées, Wilson (2003) propose des activités pour identifier les situations à risque qui pourraient mener à une rechute.

La dimension symbolique peut servir à intégrer différentes parties de soi (Hinz, 2009b). En ce sens, Hanes (2007) suggère que les autoportraits peuvent servir à s'approprier soi-même et à la découverte de soi. Hinz (2009b) propose d'autres activités pour cette dimension, à savoir la création d'un « symbole personnel, d'un mandala ou d'un masque » (p. 59; traduit de l'anglais). Matto et coll. (2003) proposent aux adolescents de dessiner leur problème de consommation sous forme d'un symbole (un animal, par exemple).

Les objectifs thérapeutiques de ce niveau pourraient être ceux « d'augmenter la planification et la capacité de résolution de problèmes, supporter les habiletés de prise de décision, de promouvoir la pensée de cause à effet et de leur donner un sens par la compréhension de thèmes universels » (Hinz, 2009b, p. 61; traduit de l'anglais).

Créatif. Hinz (2009b) signale que peindre au son de la musique (*painting to music*) peut supporter l'expression de ce niveau (p. 59). Ce dernier peut permettre au sentiment de honte que vivent souvent les individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme de se dissiper à travers l'expression symbolique de ces sentiments ainsi qu'à la spiritualité de se révéler à travers l'expression créatrice (Johnson, 1990; Hinz, 2009b). Matto et coll. (2003) recommandent de poser certaines questions qui pourraient venir éveiller la spiritualité : « Où est le centre spirituel dans l'image pour toi ? » (p. 268; traduit de l'anglais).

3. Approche intégrative de l'attachement et du CTE (ACTE)

Suite à la recension des écrits menée dans la présente recherche, je suis d'avis que l'approche basée sur l'attachement et celle du Continuum de Thérapies Expressives (CTE) pourraient être utilisées conjointement en art-thérapie auprès d'individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme pour créer une approche intégrative nouvelle, celle que je nomme *l'Attachement et du Continuum de Thérapies Expressives (ACTE)*. Il me semble que le mot *acte* présent dans l'acronyme soit représentatif de l'approche, car il sous-tend une capacité d'agir et peut référer à un acte de création ou à un acte de communication. Cette approche est ainsi créée

dans le but de s'attarder *activement* aux sources du problème à travers la création et la communication avec l'art-thérapeute et d'augmenter la rétention des personnes en traitement pour des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme. Je suis persuadée que cette approche a le potentiel de leur servir à éprouver un sentiment de sécurité intérieur ce qui leur permettra d'aller chercher du support, d'exprimer leur souffrance et de découvrir des moyens de régulation affective dans le but de diminuer leur dépendance.

Les ingrédients de cette approche sont l'alliance thérapeutique (un attachement au thérapeute), le travail thérapeutique relatif aux problématiques d'attachement et aux traumatismes de l'enfance ainsi que la régulation affective par les arts.

3.1 Le 'A' de l'ACTE : l'attachement et la relation thérapeutique. Avant d'explorer les différents ingrédients de l'approche, je vais approfondir les évaluations initiales qui peuvent être réalisées dans un contexte art-thérapeutique dans le but de déterminer une direction au traitement et de formuler des objectifs thérapeutiques.

Évaluation initiale. Je suggère plusieurs méthodes d'évaluation, auprès d'une population ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme dans le but d'évaluer son type d'attachement et ses stratégies de régulation affective.

Je propose le *Bird's Nest Drawing*, une évaluation par l'image développée par Kaiser (1996). Il est possible de recourir à cette évaluation dans le but de tenter d'identifier le type d'attachement du client. Afin de renforcer la validité de l'évaluation, un questionnaire pourrait être de mise.

Selon Padykula et Conklin (2009) il est utile d'évaluer les stratégies d'auto-régulation de l'individu, afin de donner une direction au traitement. Identifier la drogue de choix de l'individu peut permettre à l'art-thérapeute d'orienter ses interventions au plan de la régulation affective. Par exemple, un individu qui a l'alcool comme drogue de choix aura tendance à bénéficier d'un traitement où il apprendra à reconnaître ses émotions, tandis qu'un individu ayant l'héroïne comme drogue de choix aura tendance à bénéficier d'un traitement où il apprendra à gérer sa colère (Suh et coll., 2008). Je propose que l'évaluation de la drogue de choix se fasse par les arts. Par exemple, l'individu pourrait utiliser des couleurs (matériaux au choix) afin d'exprimer ses émotions dans deux tracés de corps (*body outline*). Le premier tracé représente ce qui se passe au plan des émotions avant de consommer et le deuxième dépeint les effets au plan émotionnel lorsque la drogue de choix a été consommée. Bien sûr, je suggère aussi l'évaluation par les arts

du Continuum de Thérapies Expressives (CTE) afin d'identifier la méthode de traitement de l'information (dimension) préférée de l'individu et si certaines dimensions sont surutilisées ou sous-utilisées dans le but de fournir des matériaux appropriés au besoin d'auto-régulation ou d'expression de l'individu.

Alliance thérapeutique et l'attachement au thérapeute. Comme les recherches le mentionnent, les individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme abandonnent les traitements fréquemment et le travail thérapeutique ne peut alors pas être complété. C'est probablement pour cela que plusieurs auteurs dont Flores (2004), insistent autant sur l'importance de l'alliance thérapeutique auprès de cette population. Ce dernier affirme que l'empathie de la part du thérapeute augmente le temps de rétention d'un individu en thérapie, que le thérapeute doit faire preuve d'authenticité dans ses interventions auprès de cette population et qu'il doit réparer les ruptures de l'alliance thérapeutique. Plusieurs actions posées par l'art-thérapeute peuvent soutenir la formation d'une alliance thérapeutique forte : établir les objectifs art-thérapeutiques avec le client, accorder une grande importance à l'image produite par le client (qui est souvent une représentation d'aspects de son monde intérieur) et témoigner de son empathie à travers une réponse créative. L'art-thérapie a le potentiel d'encourager l'attachement puisque l'art-thérapeute peut être analogue à une figure d'attachement en recréant les éléments manquants de l'environnement à l'enfance et en offrant des matériaux d'art (Malchiodi, 2003a). Le thérapeute, à la manière d'une figure d'attachement nourrissante, devient une base de sécurité pour l'exploration émotionnelle ce qui, je suppose, après un nombre suffisant de séances, peut favoriser l'attachement au thérapeute au détriment de l'attachement à la substance consommée, autrefois source première de réconfort.

Attachement et traumatismes à l'enfance. Comme nous l'avons vu, une majorité d'individus ayant des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme ont un type d'attachement insécurisé et/ou ont vécu divers types de traumatismes précoces. Souvent, ces expériences leur ont laissé une souffrance intérieure et les ont poussés à s'*attacher* à une substance plutôt qu'aux êtres humains. C'est dans cette optique que l'art-thérapeute a comme fonction de restructurer le modèle relationnel interne opérant du client grâce au phénomène de transfert/contretransfert. Tel qu'indiqué, en art-thérapie, ce phénomène se manifeste également à travers l'expression créatrice et la conduite du client face aux matériaux. En outre, l'art-thérapeute pourvoit des matériaux appropriés pour travailler l'attachement et les traumatismes qui sont encodés dans la mémoire

implicite (sensorielle) et a recours au CTE pour répondre au besoin de l'individu en traitement (voir ci-bas).

Régulation affective. Comme mentionné au premier chapitre, les individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme n'ayant souvent pas bénéficié d'une figure d'attachement qui a assuré la fonction de régulation affective se tournent donc vers les substances. Le rôle de l'art-thérapeute est de concourir à la régulation affective du client via le phénomène de syntonie affective. Des techniques simples telles *la troisième main* de Kramer peuvent contribuer à cette fonction. L'art-thérapeute suggère aussi des matériaux appropriés pour travailler la régulation affective et emploie le CTE pour satisfaire les besoins de l'individu en traitement (voir ci-bas).

3.2 Le 'CTE' de l'ACTE : les dimensions, les matériaux et les thèmes. Tel que mentionné antérieurement, chaque matériau d'art a des propriétés différentes et celles-ci sont associées aux différentes dimensions du CTE. Plus tôt dans ce chapitre, quelques matériaux et thèmes proposés aux individus ayant un problème d'attachement, de régulation affective ou de toxicomanie/alcoolisme ont été énoncés. J'ai aussi tenté d'établir des liens entre les différents niveaux du CTE et les régions cérébrales impliquées dans l'attachement ou les traumatismes à l'enfance et de démontrer que certaines dimensions ont le potentiel de favoriser l'expression des souvenirs d'expériences préverbaux et que chaque dimension offre une possibilité d'auto-régulation différente. À l'aide de toutes ces informations recueillies, je vais suggérer des pistes d'intervention en art-thérapie correspondant à chaque dimension du CTE.

Kinesthésique\Sensoriel. La dimension kinesthésique pourrait permettre aux individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme de libérer leur colère à travers l'expression créatrice plutôt que de s'autodétruire. Il est possible que la stimulation de la dimension kinesthésique, par l'argile, les gribouillis ou les grands formats par exemple, soit bénéfique pour les individus qui s'adonnent à la consommation d'une drogue dans la catégorie des opiacés comme drogue de choix, puisque les drogues de cette catégorie sont souvent utilisées dans le but d'atténuer un sentiment de colère. Cette dimension peut certainement être profitable pour tout individu qui ressent la nécessité de réguler ses tensions. D'ailleurs, il a été indiqué que les individus ayant un attachement insécurisé de type évitant ou préoccupé à l'âge adulte consommaient de l'alcool en ayant comme objectif de réduire les tensions. C'est dans cette optique que les matériaux qui suscitent la dimension kinesthésique ont le potentiel de contribuer à

leur rétablissement. Cette dimension supporte aussi la libération des inhibitions et du contrôle ce qui pourrait être salulaire pour les individus ayant l'alcool comme drogue de choix puisqu'ils consomment souvent la substance à l'effet de désinhiber leurs émotions et d'assouplir leurs défenses. Également, cette dimension a la propriété de contrecarrer l'effet analgésiant des substances et donc, de stimuler l'énergie.

Les thèmes liés à cette dimension pourraient être tout ce qui s'apparente à l'expression de la colère, l'extériorisation des émotions et le contrôle/perde de contrôle.

La dimension sensorielle peut encourager l'expression de l'attachement et des traumatismes préverbaux grâce aux matériaux sensoriels susceptibles d'éveiller la mémoire implicite et d'appuyer le processus de transformation de la souffrance qui découle de ces expériences. Plus particulièrement, l'argile utilisée avec de l'eau et la peinture tactile ont le potentiel de faire ressurgir les expériences précoces. En ce qui a trait à la régulation affective, les interventions art-thérapeutiques reposant sur la dimension sensorielle ont, généralement un effet calmant, ce qui pourrait aider les individus ayant leur drogue de choix dans la catégorie des opiacés, puisqu'ils sont souvent à la recherche d'un effet calmant. Ces mêmes individus ont souvent vécu des traumatismes: aussi ces interventions pourraient-elles leur permettre d'en exprimer symboliquement certains aspects de manière moins menaçante que par les mots. L'individu ayant à la fois un trouble d'attention avec hyperactivité (souvent lié aux stimulants comme catégorie de drogue de choix) et un problème de consommation pourrait aussi tirer parti de ces types d'interventions, à cause de leur effet calmant. Puisque l'attachement insécurisé a comme impact de laisser l'individu biologiquement vulnérable au stress et que celui-ci consomme des substances à la fois pour parer à cette vulnérabilité et à cause de cette vulnérabilité, les matériaux qui ont un effet calmant pourraient alors venir en aide à l'individu vulnérable au stress à s'auto-réguler. Comme déjà mentionné au troisième chapitre, la dimension sensorielle permet d'augmenter la conscience des processus internes ce qui peut être bénéfique pour les individus coupés de leurs émotions. Elle permet aussi de stimuler les sens ce qui peut être avantageux pour les individus ayant des problèmes de consommation, car ils peuvent ainsi apprendre à tolérer et à gérer les sensations internes et externes.

Les thèmes liés à cette dimension pourraient être l'attachement (à une figure ou à la drogue ou l'alcool), les expériences à l'enfance et les traumatismes.

Perceptuel/Affectif. Comme mentionné plus tôt dans ce chapitre, j'ai émis l'hypothèse

que la relation thérapeutique se situe à ce niveau du continuum. La relation thérapeutique pourrait probablement stimuler la dimension perceptuelle, puisque le thérapeute agit comme un contenant de l'expérience émotionnelle du client. Aussi, la dimension affective pourrait être suscitée par le lien affectif entre l'art-thérapeute et le client.

Comme mentionné précédemment, la dimension perceptuelle permet de contenir et de créer une distance face à l'expérience émotionnelle. Les individus qui ont une drogue de choix dans la catégorie des opiacés pourraient bénéficier de matériaux de cette dimension, puisqu'ils utilisent souvent la drogue afin d'avoir un sentiment de contenance (ex. : des boîtes). Aussi, cette dimension est souvent surutilisée par les individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme et que l'art-thérapeute peut alors proposer des matériaux afin de solliciter la dimension affective.

Les thèmes liés à cette dimension pourraient être les perceptions (comment je me perçois, comment les autres me perçoivent), le chemin/pont du rétablissement et les contenants.

Comme mentionné au troisième chapitre, la dimension affective permet d'augmenter la conscience des émotions, de les identifier, de les différencier, de les exprimer et de faire le lien avec les événements extérieurs. Les matériaux fluides comme la peinture et l'aquarelle viennent susciter cette dimension. Cette dimension pourrait venir en aide aux individus bloqués de leurs émotions ou ceux qui ont l'alcool comme drogue de choix ou encore ceux qui utilisent des méthodes inadaptées de régulation affective (suppression ou répression) souvent rencontrées chez les individus ayant un attachement insécurisé de type évitant ou préoccupé. Aussi, certains individus qui ont l'alcool comme drogue de choix consomment la substance dans le but d'exprimer leurs émotions, qu'ils ont de la difficulté à exprimer autrement pourrait être aidés par les matériaux de cette dimension.

Les thèmes liés à cette dimension pourraient être les relations nourrissantes au plan affectif (Matto et coll. 2003 suggèrent plusieurs directives: « Dessine-toi dans ton cercle de support social, dessine un moment où tu étais capable d'aller chercher le support social, à quoi ressemblent tes relations lorsque tu es abstinant » p. 270; traduit de l'anglais), les quatre émotions de base, les émotions qui déclenchent la consommation, les émotions face à la thérapie. Les individus peuvent être amenés à dessiner les yeux fermés, avec leur main non-dominante ou encore de dessiner dans les airs avant de dessiner sur une feuille afin de laisser l'image venir de l'intérieur de soi (Feen-Calligan, 1995).

Cognitif/Symbolique. Tel que mentionné ci-dessus, la dimension cognitive semble liée à la fonction de mentalisation (fonction importante de la régulation affective qui est souvent détériorée chez les individus qui ont des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme, selon Allen, Fonagy & Bateman, 2008), car elle permet de réfléchir à propos de soi et des autres. Elle pourrait aussi mener l'individu à analyser ses patrons de relations et de mettre des mots sur son expérience émotionnelle. Le collage, l'argile dure et les crayons à mine/bois sont des matériaux qui ont pu déclencher cette dimension ainsi que la création de livres ou de bandes dessinées.

Les thèmes liés à cette dimension qui peuvent être proposés permettraient d'aborder les conséquences des actions, les incidents futurs liés à la consommation, les situations à risque, les pour et les contre de la consommation, les patrons de relations, les éléments déclencheurs et la rechute.

La dimension symbolique peut servir à intégrer différentes parties de soi, j'en ai fait mention au troisième chapitre. Dans cette optique, les individus ayant des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme pourraient prendre part à des activités comme la création d'autoportraits. De plus, cette dimension pourrait permettre de donner un sens à l'expérience de la souffrance liée à l'attachement et à divers traumatismes. En ce sens, dessiner des symboles personnels et écrire une histoire pourraient être bénéfiques.

Les thèmes liés à cette dimension sont l'autoportrait, l'animal totem, les masques, les mandalas et un symbole qui représente la dépendance du client.

En résumé, ce chapitre d'orientation pratique portait, en premier lieu, sur le CTE et l'attachement. Il a été indiqué que chaque dimension du CTE avait le potentiel de travailler les problématiques d'attachement notamment en donnant un moyen d'expression des traumatismes préverbaux, en favorisant la relation d'attachement entre le thérapeute et le client, en suscitant des prises de conscience à propos des patrons relationnels ainsi qu'en permettant au client d'attribuer un sens aux souvenirs d'événements traumatiques.

En deuxième lieu, il a été question du CTE et de la régulation affective. Il a été démontré que l'utilisation du CTE peut permettre, entre autres, la régulation des tensions par le mouvement, l'accès à un sentiment de calme par les sens, l'expression des émotions grâce aux matériaux plus fluides, les réflexions à propos de celles-ci et l'attribution d'un sens par l'expression symbolique.

En troisième lieu, une section du chapitre avait pour but de répertorier des activités art-thérapeutiques pour aider les personnes ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme ainsi que d'associer des objectifs thérapeutiques aux différentes dimensions du CTE. Pour cette population, le CTE peut, entre autres, encourager la libération ses tensions, la gestion des sensations, l'expression des émotions et la prise de décision.

Finalement, l'approche intégrative de l'attachement et du CTE (ACTE) a été décrite en tenant compte de ses méthodes d'évaluation, du rôle de l'art-thérapeute ainsi que des différents matériaux et thèmes à suggérer en séance.

Conclusion

Avant de conclure, il importe de mentionner les limites de cette recherche et les recommandations pour les recherches futures.

Premièrement, la majeure partie des articles qui tentaient de démontrer un lien entre l'attachement insécurisé et la toxicomanie et l'alcoolisme que j'ai utilisés dans cette recherche utilisaient des tests autoadministrés pour tester l'attachement des individus. Bien que valides, ces tests peuvent être facilement biaisés de par leur nature, puisqu'ils se basent sur le point de vue du répondant. Deuxièmement, cette recherche se base sur la théorie de l'auto-médicamentation, et celle-ci, comme le souligne Khantzian lui-même en 2014, n'a pas été suffisamment testée empiriquement. Troisièmement, mes résultats ne tiennent pas en compte les autres causes et les autres variables qui influencent la consommation. En effet, Iglesias et coll. (2014) mentionnent que plusieurs autres variables influencent la consommation de substances soient, entre autres, le sexe et la présence de support dans l'entourage de l'individu. Matto (2005) a pour sa part noté qu'il semblait y avoir une différence entre les femmes et les hommes au plan de la régulation affective chez cette population.

Bien que l'art-thérapie semble une méthode efficace pour traiter les problèmes d'attachement et de régulation affective et malgré le nombre grandissant d'articles neuroscientifiques supportant le potentiel d'efficacité, un nombre d'articles limités concernant l'art-thérapie et l'attachement ainsi que l'art-thérapie et la régulation affective ont été recensés. L'absence d'article traitant simultanément de l'attachement, le CTE, la toxicomanie et l'alcoolisme m'amène à recommander que d'autres recherches soient menées. L'approche de l'ACTE, suggérée dans le quatrième chapitre, devrait également être testée empiriquement afin d'évaluer son efficacité. Je pose aussi l'hypothèse qu'une approche humaniste serait une approche appropriée pour compléter celle du CTE, puisque plusieurs parallèles peuvent être établis entre ces deux approches. Par exemple, le niveau créatif est similaire au concept d'autoactualisation dans les théories humanistes. Dans le même ordre d'idée, la figure 1 qui illustre les différents niveaux pourrait correspondre à la pyramide des besoins de Maslow. Aussi, le fait que le CTE ait pour objectif de faire ressortir le plein potentiel des individus (afin qu'ils puissent utiliser toutes ses dimensions) et qu'il se concentre sur le processus créatif, dans *l'ici et maintenant*, me laisse croire qu'une investigation plus poussée pourrait être entreprise pour évaluer sa compatibilité avec une approche humaniste.

En conclusion, malgré les limites énoncées ci-dessus, cette recherche théorique a permis d'identifier certains liens potentiels entre l'attachement insécurisé, la régulation affective, la toxicomanie et l'alcoolisme, et l'art-thérapie. J'espère que cette recherche amènera les art-thérapeutes professionnels et ceux en formation à accroître leur compréhension des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme et à considérer l'apport de l'approche ACTE dans ce contexte. Finalement, je crois que l'approche ACTE pourrait habiliter certains individus ayant des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme à trouver un sentiment de sécurité en eux-mêmes et dans leurs relations, à aller chercher du support et à demeurer en thérapie plus longtemps, et enfin, à apprendre à réguler leurs émotions et à exprimer les douleurs psychiques qui souvent contribuent à la consommation de substances.

Références

- American Art Therapy Association. (2015). *What is a therapy?* Site téléaccessible: < <http://www.arttherapy.org/aata-aboutus.html#whatisarttherapy> >
- Association des Art-Thérapeutes du Québec. (2015). *Qu'est-ce que l'art-thérapie ?* Site téléaccessible: < <http://www.aatq.org/arttherapy> >
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ : Erlbaum.
- Albert-Puleo, N. (1980). Modern psychoanalytic art therapy and its application to drug abuse. *Arts in Psychotherapy*, 7(1), 43–52.
- Allen, P. B. (1985). Integrating art therapy into an alcoholism treatment program. *American journal of art therapy*, 24(1), 10-12.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Armstrong, V. G. (2013). Modelling attuned relationships in art psychotherapy with children who have had poor early experiences. *Arts in Psychotherapy*, 40(3), 275–284.
- Arrington, D. B. (2007). *Art, angst, and trauma: Right brain interventions with developmental issues*. Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Ball, S. A, & Legow, N. E. (1996). Attachment theory as a working model for the therapist transitioning from early to later recovery substance abuse treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22(4), 533–547.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244.
- Baumeister, R. F., & Vonasch, A. J. (2014). Uses of self-regulation to facilitate and restrain addictive behavior. *Addictive Behaviors*, 44(2015), 3–8. Site téléaccessible: < <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.09.011> >
- Benoît, A. (1999). *Approche des matériaux d'art en art-thérapie* (Order No. MQ43683). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (304527370). Site téléaccessible: < <http://0-search.proquest.com/mercury.concordia.ca/docview/304527370?accountid=10246> >
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London, UK: Routledge.

- Branstetter, S. A., Furman, W., & Cottrell, L. (2009). The influence of representations of attachment, maternal-adolescent relationship quality, and maternal monitoring on adolescent substance use: A 2-year longitudinal examination. *Child Development*, 80(5), 1448–1462.
- Brennan, K. a., & Shaver, P. R. (1995). Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(3), 267–283.
- Caspers, K. M., Cadoret, R. J., Langbehn, D., Yucuis, R., & Troutman, B. (2001). Contributions of attachment style and perceived social support to lifetime use of illicit substances. *Addictive Behaviors*, 26(5), 1007–1011. Site téléaccessible: < <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.09.001>>
- Caspers, K. M., Yucuis, R., Troutman, B., & Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1), 1-10.
- Cooper, H. M. (1988). Organizing knowledge syntheses: A taxonomy of literature reviews. *Knowledge in Society*, 1(1), 104-126.
- Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1380–1397.
- Cox, K. L., & Price, K. (1990). Breaking through: Incident Drawings with adolescent substance abusers. *The Arts In Psychotherapy*, 17(4), 333-337.
- Creasey, G., Kershaw, K., & Boston, A. (1999). Conflict management with friends and romantic partners: The role of attachment and negative mood regulation expectancies. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(5), 523-543. Site téléaccessible: < <http://doi.org/10.1023/A:1021650525419> >
- Dorard, G., Bungener, C., & Berthoz, S. (2013). Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping et usage de produits psychoactifs à l'adolescence. *Psychologie Française*, 58(2), 107–121.
- Doumas, D. M., Blasey, C. M., & Mitchell, S. (2007). Adult attachment, emotional distress and interpersonal problems in alcohol and drug dependency treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 24(4), 41-54.
- Ekamparam, G. (2008). *Insecure attachment and the therapeutic relationship: relational*

- dynamics between therapist and addicts in psychotherapy*. Unpublished Doctoral Dissertation, Auckland University of Technology.
- Feen-Calligan, H. (1995). The use of art therapy in treatment programs to promote spiritual recovery from addiction. *Art Therapy*, 12(1), 46-50.
- Fletcher, K., Nutton, J., & Brend, D. (2014). Attachment, a matter of substance: The potential of attachment theory in the treatment of addictions. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 109–117.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Lanham: Jason Aronson.
- Francis, D., Kaiser, D., & Deaver, S. P. (2003). Representations of attachment security in the bird's nest drawings of clients with substance abuse disorders. *Art Therapy*, 20(3), 125-137.
- Site téléaccessible: < <http://0-dx.doi.org/mercury.concordia.ca/10.1080/07421656.2003.10129571> >
- Franklin, M. (2010). Affect regulation, mirror neurons, and the third hand: Formulating mindful empathic art interventions. *Art Therapy*, 27(4), 160–167.
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (1996). *Educational research: An introduction*. New York, NY: Longman Publishing.
- Gergely, G., Fonagy, P., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London, UK: Karnac Books.
- Gill, R. (Ed.). (2014). *Addictions From an Attachment Perspective: Do Broken Bonds and Early Trauma Lead to Addictive Behaviours*. London, UK: Karnac Books.
- Gonick, R. S., & Gold, M. (1991). Fragile attachments: Expressive arts therapy with children in foster care. *The Arts in Psychotherapy*, 18(5), 433-440.
- Hamilton, N. G. (1989). A critical review of object relations theory. *American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1552-1560.
- Hanes, M. J. (2007). “Face-to-Face” With Addiction: The Spontaneous Production of Self-Portraits in Art Therapy. *Art Therapy*, 24(1), 33–36.
- Harris, T. (2004). Implications of attachment theory for working in psychoanalytic psychotherapy. *International Forum of Psychoanalysis*, 13(3), 147–156.
- Hass-Cohen, N. (2008). Partnering of art therapy and clinical neuroscience. In R. Carr & N. Hass-Cohen (Eds.), *Art therapy and clinical neuroscience* (pp. 21-42). Philadelphia, Pennsylvania: Jessica Kingsley Publishers.

- Hill, C. E. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hinz, L. D. (2009a). *Expressive therapies continuum: A framework for using art in therapy*. New York, NY: Routledge.
- Hinz, L. D. (2009b). Order out of chaos: The expressive therapies continuum as a framework for art therapy interventions in substance abuse treatment. In S. Brooke (Ed.), *The use of creative therapies in chemical dependency issues* (pp. 51-68). Springfield, Illinois: Charles C Thomas Publisher.
- Hinz, L. D., Riccardi, M., & Périer, C. (2014). *Introduction à l'utilisation du continuum de thérapies expressives dans l'évaluation et le traitement en art-thérapie* [PowerPoint slides]. Document Inédit.
- Höfler, D. Z., & Kooyman, M. (1996). Attachment transition, addiction and therapeutic bonding: An integrative approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(6), 511–519. Site téléaccessible: < [http://doi.org/10.1016/S0740-5472\(96\)00156-0](http://doi.org/10.1016/S0740-5472(96)00156-0) >
- Holt, E. S., & Kaiser, D. H. (1995, Novembre). Attachment security in the imagery of addicts and implications for treatment. Paper presented at the 26th American Art Therapy Association Conference, San Diego, CA.
- Holt, E., & Kaiser, D. H. (2009). The First Step Series: Art therapy for early substance abuse treatment. *The Arts in Psychotherapy*, 36(4), 245–250.
- Horay, B. J. (2006). Moving Towards Gray: Art Therapy and Ambivalence in Substance Abuse Treatment. *Art Therapy*, 23(1), 14-22.
- Iglesias, E. B., Fernández del Río, E., Calafat, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2014). Attachment and substance use in adolescence: a review of conceptual and methodological aspects. *Adicciones*, 26(1), 77–86. Site téléaccessible: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24652402> >
- Institut de la Statistique du Québec. (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* [Data file]. Site téléaccessible: < http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01670FR_Enquete_sante2008H00F03.pdf >

- Johnson, D. R. (1990a). Introduction to the special issue on creative arts therapies in the treatment of substance abuse. *The Arts in Psychotherapy*, 17(4), 295–298.
- Johnson, L. (1990b). Creative therapies in the treatment of addictions: The art of transforming shame. *The Arts in Psychotherapy*, 17(4), 299–308.
- Kagin, S. L., & Lusebrink, V. B. (1978). The expressive therapies continuum. *Art Psychotherapy*, 5(4), 171-180.
- Kapitan, L. (2010). *Introduction to art therapy research*. New York, NY: Routledge.
- Kassel, J. D., Wardle, M., & Roberts, J. E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1164–1176. Site téléaccessible: < <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2006.08.005> >
- Khantzian, E. J., Mack, J. E., & Schatzberg, A. F. (1974). Heroin use as an attempt to cope: Clinical observations. *American Journal of Psychiatry*, 131(2), 160-164.
- Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American journal of Psychiatry*, 142(11), 1259-1264.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Khantzian, E. (2003). Understanding addictive vulnerability: An evolving psychodynamic perspective. *Neuro-Psychoanalysis*, 5(1), 10–12. Site téléaccessible: < <http://karnacbooks.metapress.com/index/v12275111k101174.pdf> >
- Khantzian, E., J. (2014). The self-medication hypothesis and attachment theory : Partways for unserstanding and ameliorating addictive suffering. In C. Gill (Ed.), *Addictions from an attachment perspective: Do broken bonds and early trauma lead to addictive behaviours*. (pp. 33-56). London, UK: Karnac Books.
- Klorer, P. G. (2008). Expressive therapy for severe maltreatment and attachment disorders: A neuroscience framework. In C. Malchiodi (Ed.), *Creative intervention with traumatized children*. (pp. 43-61). New York, NY: Guilford Press.
- Kolodny, P. (2012). Art therapy and attachment drawn together [PowerPoint slides]. Site téléaccessible < <https://attach.org/resources/forms/conference/2012/kolodny/peggykolodny.pdf>
- Kossak, M. S. (2009). Therapeutic attunement: A transpersonal view of expressive arts therapy. *Arts in Psychotherapy*, 36(1), 13–18.

- Kotov, K. M. (2006). Insecure attachment and college-age alcohol use disorders. A case report. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(1), 2013–2015. Site téléaccessible: < <http://doi.org/10.1515/IJAMH.2006.18.1.203> >
- Kramer, E. (1986). The art therapist's third hand: Reflections on art, art therapy, and society at large. *American Journal of Art Therapy*, 24(3), 71–86.
- Lusebrink, V. B. (1990). *Imagery and visual expression in therapy*. New York, NY: Plenum Press.
- Lewis, P. (2000). *Current approaches in drama therapy: Recovery and individuation two stage model in transpersonal drama therapy*. Springfield, Illinois: Charles C. Thomas.
- Magai, C. (1999). *Affect, imagery, and attachment: Working models of interpersonal affect and the socialization of emotion*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 787-802). New York, NY: Guilford Press.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern*. In T. B. Brazelton, M. W. Yogman, T. B. Brazelton, & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Westport, CT: Ablex Publishing.
- Malchiodi, C. A. (2003a). Art therapy and the brain. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy*, New York, NY: The Guilford Press.
- Malchiodi, C. A. (2003b). Psychoanalytic, analytic, and object relations approaches. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 152-166). New York, NY: The Guilford Press.
- Martineau, S. (2007). L'éthique en recherche qualitative: quelques pistes de réflexion. *Recherches qualitatives, Hors-série*, 5, 70-81.
- Maté, G. (2010). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- Matto, H. H., Corcoran, J., & Fassler, A. (2003). Integrating solution-focused and art therapies for substance abuse treatment: Guidelines for practice. *The Arts In Psychotherapy*, 30(5), 265-272.
- Matto, H. (2005). A bio-behavioral model of addiction treatment: applying dual representation theory to craving management and relapse prevention. *Substance Use & Misuse*, 40(4), 529–541.

- Matto, H. C. (2007). An innovative treatment: stage I evaluation of a dual processing treatment protocol on self-regulation capacities of chronic substance dependent adults. *Best Practices in Mental Health*, 3(1), 41–51.
- McNally, A. M., Palfai, T. P., Levine, R. V., & Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1115–1127.
- Moore, R. W. (1983). Art therapy with substance abusers: A review of the literature. *The Arts in Psychotherapy*, 10(4), 251–260.
- O'Brien, F. (2004). The making of mess in art therapy: attachment, trauma and the brain. *International Journal of Art Therapy*, 9(1), 2-13.
- Orford, J. (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96(1), 15–31.
- Padykula, N. L., & Conklin, P. (2010). The self regulation model of attachment trauma and addiction. *Clinical Social Work Journal*, 38(4), 351–360.
- Pearlman, L. A., & Courtois, C. A. (2005). Clinical applications of the attachment framework: Relational treatment of complex trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 449–459.
- Phillips, J. (2003). Clinical Applications with Adults. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 239-242). New York, NY: The Guilford Press.
- Randolph, J. (2009). A guide to writing the dissertation literature review. Practical Assessment, *Research & Evaluation*, 14(13), 1-13. Site téléaccessible: < <http://dissertation-resources.wmwikis.net/file/view/writing+the+literature+review.pdf/525877586/writing%20the%20literature%20review.pdf> >
- Riccardi, M., Périer, C. & Hinz, L. (2014). *Le continuum de thérapies expressives: Un cadre rassembleur pour tous les thérapeutes* [PDF document]. Document inédit.
- Rodrigues, A. (2010). *An examination of client's attachment styles, affect regulation, and outcome in the treatment of depression*. Site téléaccessible: < https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/25673/6/Rodrigues_Aline_201011_MA_thesis.pdf >
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244-253.
- Sachs, K. S. (2003). Treating alcoholism as a disorder of the self. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 21(2), 75–85. Site téléaccessible: < http://doi.org/10.1300/J020v21n02_05 >

- Savov, S., & Atanassov, N. (2013). Deficits of affect mentalization in patients with drug addiction: Theoretical and clinical aspects. *ISRN Addiction*, 2013 (2013), 1-6.
- Schaverien, J. (2000). The triangular relationship and the aesthetic countertransference in analytical art psychotherapy. In A. Gilroy & G. McNeilly (Eds.), *The changing shape of art therapy: New developments in theory and practice* (pp. 55-83). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., Küstner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207–228. Site téléaccessible: < <http://doi.org/10.1080/14616730500173918> >
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schore, A. N. (2001). Minds in the making: Attachment, the self-organizing brain, and developmentally-oriented psychoanalytic psychotherapy. *British Journal of Psychotherapy*, 17(3), 299–328.
- Schore, A. N. (2008). *La régulation affective et la réparation du Soi*. Montréal, QC: Centre d'Intervention Gestaliste.
- Sholt, M., & Gavron, T. (2006). Therapeutic qualities of clay-work in art therapy and psychotherapy: A review. *Art Therapy*, 23(2), 66-72.
- Shore, A. (2014). Art therapy, attachment, and the divided brain. *Art Therapy*, 31(2), 91-94.
- Sirianni Molnar, D. (2004). *Attachment and alcohol: Testing a motivational model of problem drinking* (Order No. MR00702). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (305046362). Site téléaccessible: < <http://0-search.proquest.com/mercury.concordia.ca/docview/305046362?accountid=10246> >
- Suh, J. J., Ruffins, S., Robins, C. E., Albanese, M. J., & Khantzian, E. J. (2008). Self-medication hypothesis: Connecting affective experience and drug choice. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 518–532.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, E., Sampaio, D., & Carlson, E. (2007). La théorie de l'attachement: son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*, 19(2), 151-188.

- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Attachment, fear of intimacy and differentiation of self among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31(4), 732–737. Site téléaccessible: < <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.050> >
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2010). Attachment in relation to affect regulation and interpersonal functioning among substance use disorder in patients. *Addiction Research & Theory*, 18(4), 464–478. Site téléaccessible: < <http://doi.org/10.3109/16066350903254783> >
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight "big tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.
- Van der Kolk, B. A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In McFarlane, Alexander C., Weisaeth, Lars (Eds.), *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. (pp. 182-213). New York, NY: Guilford Press.
- Van Meter, M., (n d.). Parallels in neuroscience: The Expressive Therapies Continuum and brain-based treatment [PowerPoint slides]. Document Inédit.
- Vungkhanching, M., Sher, K. J., Jackson, K. M., & Parra, G. R. (2004). Relation of attachment style to family history of alcoholism and alcohol use disorders in early adulthood. *Drug and alcohol dependence*, 75(1), 47-53.
- Walant, K. B. (1995). *Creating the capacity for attachment: Treating addictions and the alienated self*. London, UK: Jason Aronson.
- Wilson, M. (2003). Art therapy in addictions treatment: Creativity and shame. In C. Malchiodi (Ed.), *Handbook of art therapy* (pp. 281-293). New York, NY: The Guilford Press.